

# ANAIIS PAULISTAS DE

# MEDICINA E CIRURGIA

VOLUME LXXVI

N.º 2

Agosto de 1958

*Neste número:*

Trabalhos Originaes:	Pág.
Circulação venosa colateral — Prof. ANSELMO MARQUES.....	115
A incisão de Henry para a cura das hérnias — Dr. EUNIO BRANCO RIBEIRO .....	123
Produção Médica de São Paulo:	
Associação Paulista de Medicina:	
Anestesiologia .....	87
Cirurgia .....	92
Dermatologia e sifilografia .....	99
Ginecologia e obstetrícia .....	73
Higiene e Medicina Tropical .....	73
Hematologia e Hemoterapia .....	76
Neuropsiquiatria .....	79
Otorrinolaringologia .....	79
Pediatria .....	82
Radiologia e Eletricidade Médica .....	88
Urologia .....	89
Sociedade Médica São Lucas .....	91
Imprensa Médica de São Paulo:	
Sumário dos últimos números .....	92
Vida Médica de São Paulo:	
Cidadão Benemérito de São Paulo .....	95
Sanatório São Lucas .....	102
Congressos Médicos:	
X Congresso Nacional de Tuberculose e V Congresso Brasileiro de Doenças Torácicas .....	104
Assuntos de Atualidade:	
Úlcera Gástrica .....	106
Existem 1.338.090 médicos no mundo .....	109
Fundação Manoel de Abreu .....	109
Sociedade Brasileira de Abreugrafia .....	110
Literatura Médica:	
Aprelações .....	110
Separata e folhetos recebidos .....	112

Editados pelo



Sanatório São Lucas

DIRETOR: DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

RUA PIRAPITINGUI, 80 — SÃO PAULO, BRASIL

# MEPRO

## Fórmula:

Meprobramato .....	0,400 g.
Vitamina B <sub>1</sub> .....	0,010 g.
Reserpina .....	0,0001 g.
Excipiente q. s. p. ....	0,500 g.

## INDICAÇÕES

- Como relaxante muscular
- Agente tranquilizador
- Estados ansiosos e tensionais
- Alcoolismo
- Medicação sedativa.

## MODO DE USAR:

2 a 4 comprimido ao dia, ou como determinar o médico.

(Venda sob prescrição médica)

Licença. pelo S. N. F. M. sob N.º 841/57

Farm. M. P. LANZONI

# GLUCOSSARA

## Fórmula:

Vitamina C .....	0,500 g
Vitamina B <sub>1</sub> .....	0,100 g
Vitamina B <sub>6</sub> .....	0,050 g
Clicocola .....	0,050 g
Sol. glicosada a 30% q. s. p.	10,00 cm <sup>3</sup>

## INDICAÇÕES

- Medicação tônica
- Estados tóxicos ou tóxico infecciosos
- Hipovitaminoses
- Desnutrição
- Convalescença
- Afecções hepáticas.

## MODO DE USAR:

1 a 2 ampólas diariamente por via endovenosa,  
ou segundo a indicação médica.

(Venda sob receita médica)

Licença. S. N. F. M. sob N.º 825/41

Farm. M. P. LANZONI

★

LABORATÓRIO PHARMA

MARCELLO MASSARA & CIA.

Rua Tabatinguera, 164 — São Paulo, Brasil

TRIUNFANDO através dos tempos e de  
geração em geração, como a linhagem  
dos animais puro-sangue, CODEINA e  
CLORIDRATO de ETILMORFINA lideram  
tradicionalmente a terapêutica das TOSSES

# GOTAS IBEL

(CODEINA-CLOR. DE ETILMORFINA)



#### Fórmula:

Cloridrato de Etilmorfina	....	.0.003	g.
Codeína	.....	.0.004	g.
Tintura de Lobelia	.....	.0.1	g.
Tintura de Grindelia	.....	.0.1	g.
Tintura de Crataegus	.....	.0.1	g.
Água de Louro Cereja	.....	.0.2	g.

#### Modo de usar:

##### Adultos:

40 gotas em um calice de água açucarada, 4 a 5 vezes ao dia, ou segundo critério médico.

##### Crianças:

20 gotas a critério do médico

Receituário Livre

**MEDICAMENTOS ALOPATICOS NACIONAIS S/A.**  
R. Ruy Barbosa, 377 - Fones 36-8075-33-3426 - C. Postal 1874 - S. PAULO

**Afoga-se num copo de água**



o hipodesenvolvido física e psiquicamente, por não se adaptar aos problemas que, dia a dia, a vida propõe. O mesmo pode ocorrer ao esgotado, ao deprimido, ao neuropsicastênico, ao esquizóide, ao que sofreu a involução senil. A todos estes o

# Dinistenile

Sulfato Sódico de Deidroandrosterona (em forma hidrossolúvel)  
com Dinitrila Succínica.

faz, novamente, voltar as energias necessárias, a confiança, o equilíbrio e a capacidade de adaptação, mobilizando substâncias energéticas, atenuando os efeitos do "stress" e enriquecendo o patrimônio nucleoprotéico da célula nervosa.

1 e 2 ampolas por aplicação, via intramuscular ou endovenosa, até  
3 ampolas ao dia.

ESGOTAMENTO  
STRESS  
DEPRESSÕES  
NEUROPSICASTENIA  
CENESTOPATIA  
HIPOEVOLUTISMO  
INADAPTAÇÃO SOCIAL  
ESQUIZOIDISMO  
INVOLUÇÃO SENIL



**PRAVAZ-RECORDATI**  
**LABORATÓRIOS S. A.**



Rua Michigan, 629 — São Paulo



# ANAIIS PAULISTAS DE MEDICINA E CIRURGIA

*Diretor:* Dr. EURICO BRANCO RIBEIRO

Rua Pirapitingui, 80 — Fone, 37-2515 — Caixa Postal, 1574 — São Paulo, Brasil

★

Assinat. por 1 ano Cr\$ 300,00 — Estrang. US\$ 7,50 — Número avulso Cr\$ 30,00

VOL. LXXVI

AGOSTO DE 1958

N.º 2

## PRODUÇÃO MÉDICA DE SÃO PAULO

### Associação Paulista de Medicina

#### DEPARTAMENTO DE ANESTESIOLOGIA

Sessão em 28 de fevereiro de 1958

Presidente: Dr. Jorge de Almeida Bello

**Introdução inadvertida de Flaxedil na raque.** Drs. Luiz Branco Jr. e Pedro Geretto. — Os autores apresentaram dois casos de introdução inadvertida de Flaxedil na raque.

O primeiro apresentou sintomatologia muito grave, caracterizada por hipertensão acima de 280 mm Hg, confusão mental, convulsões e hipertermia (41°C. retal), necessitando hibernação artificial profunda acompanhada de refrigeração durante três dias, a fim de mantê-lo fora desse estado. No dia do acidente foi retirado liquor para exame, sendo o mesmo prejudicado pelas más condições da punção. No dia seguinte foram feitos os seguintes exames de laboratório: dosagem de uréia no sangue, exame de urina tipo I, dosagem de glicose, electroencefalograma, fundo de olho, hematócrito e hemograma. Todos foram normais, exceto o hemograma, que revelou 30.000 leucócitos/mm<sup>3</sup>. O paciente, após o 4.º dia, foi retirado da hibernação, sendo operado 40 dias depois do acidente e já teve alta hospitalar. A

quantidade de Flaxedil injetada foi de 40 mg no espaço L<sub>5</sub>-L<sub>6</sub> em decúbito lateral; o tempo decorrido entre a introdução da droga e os primeiros sintomas foi de três horas.

No segundo caso foi injetada, nos mesmos espaços e condições, a quantidade de 60 mg. Imediatamente após ter-se verificado o engano, o paciente foi pôsto sentado, sendo colocadas duas agulhas, uma em T<sub>2</sub>-T<sub>3</sub> e outra em L<sub>4</sub>-L<sub>5</sub> e feita a lavagem com 20 ml de água destilada. O paciente, após três horas, apresentou radiculalgia de pouca intensidade e duração, que cedeu em doze horas com o uso de analgésicos e vitaminas B<sub>1</sub> e B<sub>12</sub>, sem deixar seqüelas, tendo alta hospitalar após três dias de observação.

Os autores referiram terem conhecimento de mais dois casos semelhantes em São Paulo, tendo um sido fatal. A seguir, analisaram a ação dos relaxantes musculares sobre o sistema nervoso central e preconizaram, em acidentes desse tipo, a conduta seguida no segundo caso.

## DEPARTAMENTO DE CIRURGIA

Sessão em 10 de fevereiro de 1958

Presidente: Dr. Octavio de Moraes Dantas

**Tendências atuais no tratamento cirúrgico do câncer gástrico.** Prof. Eurico da Silva Bastos. — O autor teve considerações baseadas principalmente em sua experiência pessoal. Inicialmente fazia ressecções subtotais. Considerava com pouca simpatia a gastrectomia total. Os seus inconvenientes transformavam o sobrevivente em inválido. A mortalidade operatória era alta, pelas deiscências da anastomose esofagojejunal.

No entanto, com o tempo foi-se convencendo da insuficiência da gastrectomia subtotal ampliada e, após reoperar seis casos em que encontrou recidivas localizadas no côto gástrico ou nódulos linfáticos regionais, em junho de 1954 realizou operação mais ampla: gastrectomia total + esplenectomia + pancreatetectomia parcial com ressecção em monobloco, reconstruindo o trânsito com interposição da alça jejunal, entre esôfago e duodeno. Desde então, teve oportunidade de executar essas operações ampliadas em 34 casos, e baseado nessa experiência teve comentários sobre técnica e tática operatórias e sobre os resultados conseguidos.

Em conclusão, acha que, no momento, baseado em melhores conhecimentos da fisiopatologia da propagação do câncer gástrico, para os casos de tumores em estado mais avançado (tumores abrangendo a maior parte do corpo gástrico ou localizados na metade proximal do estômago) a tendência é para aumentar ainda mais a extensão da ressecção, com limpeza do tecido frouxo entre bordo superior do pâncreas e hiato esofágico, assim como do tecido retropancreático e com dissecação dos elementos do pedículo hepático.

**Drenagem linfática do estômago: visibilização intra-operatória mediante coloração vital.** Drs. Flávio Antônio de Sica e Saul Goldenberg. — Os autores apresentaram inicialmente os vários corantes empregados para

o estudo dos linfáticos in vivo (indigocarmim, pontamine sky blue, patent blue V, tinta da China). Deram as respectivas composições químicas.

Apresentaram os princípios fundamentais sobre os quais repousa a coloração vital. Selecionaram, dentre os vários corantes que experimentaram, o azul puro kiton V (patent blue V), demonstrando suas vantagens em relação aos demais. A seleção dos corantes foi feita, no início, em animais (cães e cobaias) e depois durante intervenções cirúrgicas. O corante kiton demonstrou ser quimicamente inerte e fisiologicamente atóxico; é hidrossolúvel, não dando superimpregnação dos tecidos, corando os coletores e nódulos linfáticos imediatamente. Adicionaram ao corante hialuronidase. Utilizaram a seringa odontológica Carpute para praticarem as injeções na parede do estômago (subserosa), preconizada e habitualmente empregada por um dos autores (S. G.). Demonstraram as vantagens deste instrumento, na técnica de injeção dos linfáticos.

Os autores estudaram a drenagem linfática do estômago, durante intervenções cirúrgicas, em onze casos (nove portadores de moléstias ulcerosas gástricas e dois portadores de neoplasia gástrica). Descreveram as áreas de drenagem linfática, correspondentes à pequena curvatura, à grande curvatura, antro e corpo gástricos e região pré-pilórica, muito bem visibilizados no ato cirúrgico.

Chamaram a atenção para a via linfática que acompanha a veia gastropilórica direita, que levou com segurança aos vasos mesentéricos superiores e à origem dos vasos cólicos médios. Ao mesmo tempo, apontaram as conexões linfáticas entre os grupos ganglionares do tronco celiaco e mesentérica superior, diante do pâncreas. Em seguida, projetaram um filme expondo os três últimos casos operados.

**Sobre a anatomia das vias de drenagem linfática do estômago.** Dr. Saul Goldenberg. — O autor apresentou suas observações feitas em oito fetos humanos, relativas à drenagem linfática do estômago. Empregou o método de Gereta modificado. Utilizou a seringa Carpule, que preconizou para a injeção dos linfáticos. As injeções praticadas na subserosa eram realizadas em regiões diferentes do estômago, a fim de observar melhor os respectivos territórios de drenagem. Confrontou seus achados com os dos autores que estudaram o assunto.

É de epínião favorável à continuidade das redes linfáticas da mucosa, da submucosa, da muscular e da subserosa, sendo a rede subperitoneal o ponto de reunião comum desses linfáticos. Daí, a injeção praticada na subserosa ser tecnicamente mais fácil. Demonstrou que, apesar do corante injetado em determinados pontos da parede anterior do estômago (pequena curvatura, grande curvatura, antro e corpo gástricos, grande tuberosidade e região pilórica) se dirigir aos grupos linfáticos regionais respectivos, os linfáticos da parede gástrica não são independentes, mas mantêm nitidamente uma continuidade entre si. Este fato pôde ser bem observado quando o corante era injetado na

parte média, central, do corpo do estômago.

Chamou a atenção para as observações dos autores quanto à comunicação linfática entre as redes do estômago e do esôfago, salientando especialmente o trabalho de Santos Ferreira (1955), que observou a linfa proveniente da rede subserosa do estômago atingir, através dos linfáticos das paredes do esôfago, os nódulos existentes na origem do brônquio esquerdo.

Discutiu o aspecto da constância e localização dos nódulos paracárdicos e suas conexões linfáticas. Fêz o mesmo em relação aos nódulos do hilo do baço, que recebe coletores da zona fúndica do estômago e da grande curvatura até sua parte média. Analisou as relações linfáticas entre o estômago e o duodeno. E finalmente salientou o cordão linfático que acompanha a veia gastropilórica direita, desembocando nos nódulos linfáticos mesentéricos superiores.

A drenagem linfática do estômago se faz para territórios linfáticos longínquos, apresentando uma ampla rede de escoamento: para cima, via esofágica, mediastínica e a. mamária interna; para baixo, via aorta, por nódulos do tronco celiaco, vasos mesentéricos superiores, aa. renais até a cisterna de Pecquet; para os lados, via duodeno, baço e diafragma.

## DEPARTAMENTO DE DERMATOLOGIA E SIFILOGRAFIA

Sessão em 11 de fevereiro de 1958

Presidente: Dr. Finício Arruda Zamith

**Uso do Plaquinol no lupus eritematoso** (nota prévia). Dr. Norberto Belliboni. — É apresentado um caso de lupus eritematoso com lesões discóides, eritemato-escamosas, de aspecto cretáceo ou mesmo verrucosas, localizadas na face, orelhas e região esternal; observamos duas placas eritemato-violáceas na mucosa do palato. O exame clínico não revelou comprometimento visceral, e os exames laboratoriais não demonstraram alterações dignas de nota.

O autor utilizou um novo antimalárico, o Plaquinol (sulfato de hidroxicloroquina), composto de grande atividade antimalárica devida aos grandes níveis sanguíneos, que, apesar das concentrações retidas, não determina maiores reações tóxicas por ser metabolizado no organismo. A dosagem empregada foi de dois comprimidos no início (cada comprimido tem 400 mg, correspondendo a 300 de hidroxicloroquina base).

Após a primeira semana de tratamento os resultados eram satisfatórios, de modo que foi reduzida a dose a um comprimido diário apenas, observando-se que as melhoras eram progressivas. Decorridos 45 dias de terapêutica, as placas estavam bem desinfiltradas, com grande diminuição das escamas, notando-se maior resistência das lesões dos pavilhões auriculares e dos elementos verrucosos (nariz), enquanto as lesões mucosas haviam praticamente desaparecido. A eficácia da referida droga, bem como a sua perfeita tolerância (os trabalhos da literatura estrangeira citam reações tóxicas de pequena importância que desaparecem imediatamente com a supressão da droga ou com a diminuição de sua dose) fazem entrever que o Plaquinol talvez possa substituir com alguma vantagem os demais antimaláricos de síntese, derivados da cloroquina.

O autor pretende ampliar a casuística, inclusive em casos rebeldes a todos os tratamentos anteriores (por antimaláricos ou outras drogas).

**Granuloma anular.** (Apresentação de um caso). Dr. Norberto Belliboni. — O autor apresenta um caso de granuloma anular com lesões anulares e arciformes, constituídas de pequenos nódulos ou elementos papulosos amarelo-róseos que abrangiam a face dorsal de ambos os antebraços e punhos. Tais lesões datavam de vários anos, não se modificando com o tratamento nem com as sucessivas biopsias.

Chama a atenção para a extensão das lesões, que formavam diversos elementos anulares característicos, difusão essa relativamente pouco comum. A paciente iniciou tratamento experimental à base de cloroquina, dando a impressão de algumas melhoras, não obstante o curto prazo da observação terapêutica.

**Eczema seborréico generalizado tratado pela hipnose** (apresentação do caso). Dr. Norberto Belliboni. — Paciente feminina, de 35 anos, portadora de eczema seborréico há mais de seis anos. Desde 1952 vem apresentando surtos de lesões eritematosas, muito pruriginosas, nas do-

bras e zonas seborréicas da pele. Submetida aos diversos tratamentos, poucas melhoras conseguia e geralmente eram de curta duração. Em 1953 foi internada no Hospital das Clínicas, onde permaneceu vários meses, melhorando lentamente, recebendo alta ainda com lesões nas pregas dos ombros. Continuou tratando-se sem obter melhoras totais, com alguns surtos de novas lesões, porém de caráter seco, descamativo. Em setembro de 1957 voltou a procurar dermatologista, devido à intensidade da erupção, com exsudação e prurido intolerável, observando-se lesões generalizadas, inclusive na face. Havia feito um tratamento prévio, dessensibilizante inespecífico, com medicação local, sem qualquer melhora objetiva ou subjetiva.

Iniciada a hipnose, mediante sugestão pós-hipnótica conseguiu-se um rápido alívio do prurido bem como pronta diminuição da exsudação do tegumento. As lesões logo se tornaram cada vez menos eritematosas, hiperpigmentando-se, e em pouco mais de um mês estava praticamente com lesões de caráter residual, absolutamente livre de prurido. Continua melhorando progressivamente e apenas se observa leve eritema na face interna da raiz das coxas.

**Tuberculose cutânea tipo sarcóide.** (Considerações sobre um caso). Dr. Vêncio de Arruda Zamith. — Trata-se de um moço, branco, com 28 anos de idade, que apresentou há oito meses "uma pequena mancha vermelha" na face externa do lóbulo da orelha direita. Esta lesão foi lentamente crescendo até alcançar as dimensões atuais. Ao exame dermatológico, notamos no citado local, um nódulo arredondado, bem individualizado, de cor vermelha escura, de superfície levemente descamativa e um pouco enrugada. Mede 5 mm de altura e 3 mm de diâmetro. É de consistência firme. Não há outras lesões cutâneas. Não há enfartamentos ganglionares. O exame radiológico do tórax nada mostrou digno de nota. Baseados nestes elementos, estabelecemos o diagnóstico de sarcóide de Boeck-Schaumann. O exame histopatológico mostrou um processo



# Thiaminose

VITAMINA B<sub>1</sub>  
VITAMINA C  
SÔRO GLICOSADO

ESTADOS TOXI-INFECCIOSOS  
ULCERAS GASTRO DUODENAIAS  
AFECÇÕES HEPÁTICAS  
HIPERTENSÃO ENDOCRANEANA

APRESENTAÇÃO:

*Normal e Forte - Ampolas de 10 e 20 cm<sup>3</sup>*

**LABORATÓRIO CLÍMAX S.A.**

inflamatório granulomatoso, constituído por células epitelióides, gigantes e zonas de necrose fibrinóide. Um quadro que, como vemos, confirma o diagnóstico clínico. A reação de Mantoux foi fortemente positiva a 1:1.000. Em 20-11-1957, retiramos um fragmento, trituramo-lo com solução fisiológica e inoculamos 2 ml na coxa direita de duas cobaias. Em 16-1-1958 morreu uma delas, tendo a autopsia revelado dois tumores supurados na coxa direita, cujo material revelou a presença do *Mycobacterium tuberculosis* ao exame bacteriológico. A segunda cobaia foi morta em 4-1-1958; da mesma forma, apresentava lesões supurativas, tendo também o exame bacteriológico local sido positivo para a tuberculose. Foram feitas culturas em meio de Petagnani, que ainda estão em andamento.

Este caso, além de sua raridade clínica, apresentou ainda a prova de inoculação em cobaia positiva para o *M. tuberculosis*.

**Psoríase pustulosa** (caso pro-diagnose com apresentação do paciente). Dr. Sebastião A. P. Sampaio. — O autor apresenta um menor, branco, de 7 anos de idade, que era portador de uma dermatose de seis anos de duração. Iniciara-se na pele do escroto e depois apresentara lesões generalizadas nas palmas, joelhos, cotovelo direito, em redor da boca e em torno do olho esquerdo. Tratava-se de lesões eritemato-escamosas, apresentando pústulas nas palmas, lesões estas nitidamente delimitadas. Havia sido submetido a vários tratamentos sem resultado. Após a exclusão de uma dermatofitose, com exames micológicos de várias lesões negativos, fixaram-se as possibilidades diagnósticas entre dermatite eczematóide, bacterioides pustulosa e uma forma de psoríase pustulosa. Destarte, inicialmente medicou-se o menor com prednisona e sulfisoxazol sem resultados. Usou-se então o método de Goeckerman de tratamento da psoríase, que produziu um resultado excelente com desaparecimento das lesões. O caso é apresentado para discussão diagnóstica e análise dos resultados terapêuticos.

**Urticária pigmentar.** Drs. Cyro de Campos Aranha Pereira e Newton Alves. — Os autores apresentaram o menor A. T. J., com 28 meses de idade, branco, brasileiro, residente nesta Capital, matriculado na Clínica Infantil do Ipiranga em 8-1-1958 e portador de urticária pigmentar, também chamada doença de Nettle ship. A moléstia iniciou-se aos seis meses de idade, quinze dias após tomar "soro" receitado para combater processo patológico constituído de vômitos e diarreia. Surgiram lesões avermelhadas, ligeiramente salientes, de forma oval e de disposição quase generalizada, que se tornaram escuras dias depois.

Ao exame dermatológico havia, em quase todo o tegumento cutâneo, número incontável de lesões ovais com dimensões variáveis entre 5 e 20 mm, isoladas em sua grande maioria, de coloração acastanhada, sem infiltração, que davam à pele um aspecto tigróide. Fato interessante e patognomônico da doença, também presente em nosso paciente, consiste no aparecimento de pápula edematosa sobre as manchas escuras quando estas são atritadas mecânicamente (sinal de Darier). A biopsia revelou: epiderme com camada basal carregada intensamente de melanina, não apresentando outras alterações; o derma apresenta capilares dilatados e alguns cheios de sangue; esparsos e ao redor dos vasos, notam-se infiltrados celulares que, quando corados pelo azul de toluidina, se mostraram constituídos quase exclusivamente por mastócitos.

**Livedo racemosa.** Dr. Antônio F. Defina. — O autor apresentou um paciente, de 26 anos de idade, branco, solteiro, serralleiro, residente nesta Capital, que apresenta, há cinco anos, zonas delimitadas de manchas reticulares eritematosas, de cor vermelho-violácea, e malhas mais claras, nas pernas, joelhos, extremidade inferior das coxas e regiões glúteas. O paciente não apresenta história de lues congênita ou adquirida e os exames subsidiários nada acusaram neste sentido. Radiografia dos campos pulmonares normal e reação de Man-



# anador

o analgésico  
limite

antes de  
recorrer  
aos entorpecentes



INSTITUTO DE ANGELI DO BRASIL

# anador

DE ANGELI

Novo analgésico - espasmolítico - antitérmico  
desprovido de ação entorpecente.

O ANADOR DE ANGELI, associação de

- Um analgésico central: DIPIRONA
- Um vagolítico: ADIFENINA
- Um antistamínico: DIFENIDRAMINA

Novo analgésico não entorpecente de elevada atividade.  
O meio mais eficaz a disposição do médico antes de recorrer aos  
opíáceos e morfina-semelhantes sintéticos.

Tubo com 12  
comprimidos



1 a 2 comprimidos  
1 a 3 vezes ao dia.

Caixa com 5  
ampolas



1/2 a 1 ampola  
1 a 3 vezes ao dia.  
Via Intramuscular

Tubo conta-gotas  
com 15 cm<sup>3</sup>



30 a 60 gotas  
1 a 3 vezes ao dia.



**Instituto De Angeli do Brasil**  
PRODUTOS TERAPÊUTICOS S. A.  
RUA JOAQUIM TÁVORA, 519 — SÃO PAULO

toux positiva (++). Os hemogramas têm sempre revelado leucocitose e eosinofilia (18 a 19%); contudo, os exames parasitológicos das fezes foram negativos e o paciente não apresenta moléstia alérgica.

Anotamos como única particularidade a coincidência do aparecimento das primeiras lesões com o fato de

o paciente, na ocasião, manipular inseticida pulverizável à base de BHC, como trabalhador rural. Os exames histopatológicos revelaram alterações vasculares (hiperemia ativa, peri e pré-estase), com hiperplasia da íntima, por vezes com luz obliterada, e um infiltrado inflamatório crônico periarteriolar.

## DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

Sessão em 28 de fevereiro de 1958

Presidente: Dr. Paulo Gorga

**Indicação cirúrgica no tratamento do carcinoma do útero.** Dr. José Medina. — O carcinoma do útero pode ser do corpo e do colo; o primeiro deve ser sistematicamente operado, pois a cirurgia proporciona altíssima percentagem de cura duradoura: 90% nos casos bons. Não temos praticado a linfadenectomia no carcinoma do corpo do útero, embora alguns autores assinalem de 12 a 14% de metástases.

O carcinoma do colo é classificado, clinicamente, nos estádios 0, I, II, III e IV. A denominação de carcinoma pré-clínico, compreendendo o carcinoma estágio 0 e o microcarcinoma de Mestwerdt, deve ser abandonada, pois ambos, em 40% dos casos, denunciam-se por ligeira metrorragia, sobretudo ao coito, e o microcarcinoma já é invasor; logo, pertence ao

estádio I. No estágio I os carcinomas do colo do útero devem ser operados. O grande problema, no tablado, é a linfadenectomia, que melhora a cifra de cura duradoura de apenas 4% e, como a percentagem de fistulas ureterais é de 10% nas mãos dos grandes cirurgiões especializados, e como o SR seleciona os casos que devem ser previamente irradiados, bem se compreende o interesse e a importância do assunto. No estágio II, feita a seleção pelo SR, a cirurgia igualmente deve ser preferida. Nos estádios III e IV os casos são sistematicamente enviados à radioterapia (radium e roentgenterapia) complementar. A casuística da Clínica Ginecológica da Faculdade de Medicina é grande e permite, por isso, deduções.

## DEPARTAMENTO DE HIGIENE E MEDICINA TROPICAL

Sessão em 4 de fevereiro de 1958

Presidente: Dr. Leônidas de Mello Deane

**Estudo sobre a possibilidade de transmissão da toxoplasmose por artrópodes.** I: Experiências com triatomídeos. Dras. Ruth S. Nussenzweig e Maria Paumgarten Deane. — As autoras começaram por fazer uma revisão de argumentos epidemiológicos pró e contra a possibilidade da trans-

missão da toxoplasmose por artrópodes, e das experiências, até agora inconcludentes, de vários autores sobre o assunto. Expuseram em seguida seus métodos de trabalho e os resultados obtidos com triatomídeos. Verificaram que o *Toxoplasma gondii* sobrevive durante vários dias no tubo

digestivo, conservando sua virulência. Camundongos inoculados com o triturado, ou com o conteúdo do tubo digestivo de triatomídeos que haviam tomado sua alimentação infectante até três dias antes, morriam em geral de toxoplasmose aguda, dentro de cerca de oito a dez dias. Quando os intervalos entre a infecção dos triatomídeos e sua inoculação eram de mais de cinco dias os resultados deixavam de ser regulares. O período máximo observado de sobrevivência do parasita no inseto foi de doze dias. Todas as tentativas de transmissão da toxoplasmose por picada interrompida, ou por ingestão de triatomídeos infectados, foram negativas. Foram do mesmo modo negativas as inoculações de ovos de triatomídeos infectados.

Consideram as autoras que a transmissão da toxoplasmose, na natureza, por picada, pelas fezes ou pela ingestão de triatomídeos, se por acaso ocorrer, deve ser fenômeno excepcional.

Como alguns dos animais inoculados com material de "barbeiros" infectados desenvolveram a forma crônica da toxoplasmose, as autoras expuseram as dificuldades que tiveram no diagnóstico destas formas. Verificaram que nenhum dos métodos empregados nestes casos (subinoculações, pesquisa de pseudo-cistos, reação de Sabin e Feldman) é bastante satisfatório e que só o emprêgo concomitante desses processos permite a descoberta da maioria das infecções crônicas.

**Observações sobre o "Triatoma sordida"** (Stål, 1859) (*Hemiptera, Reduviidae*). Drs. Renato R. Corrêa e Octavio A. Ferreira. — Os autores consideraram o *T. sordida* um hemíptero hematófago que apresenta importância epidemiológica no que diz respeito à transmissão da moléstia de Chagas, principalmente no Brasil e na Argentina. Forneceram a distribuição geográfica desse inseto na América, no Brasil e no Estado de São Paulo. Sua presença foi verificada em 154 unidades municipais paulistas, sendo que, em 77 delas, mostrou-se infectado pelo *Trypanosoma cruzi*.

Verificaram que o *T. sordida* possui hábitos domiciliares e peridomiciliares, sendo encontrado em casas de barro, tijolo e madeira, assim como em galinheiros e outros anexos. Por outro lado, encontraram-no também vivendo longe das habitações, a distâncias que alcançaram de 2.000 a 3.000 m, e alojado sob cascas de troncos que constituíam mourões de cerca e em árvores secas e caídas. Essa característica biológica poderá representar um óbice às futuras campanhas de eliminação dos "barbeiros" no Estado de São Paulo.

**Tropismo do miracídio de "Schistosoma mansoni" para o hospedeiro intermediário "Australorbis glabratus"**. Dr. Kurt Kloetzel. — A literatura mundial sendo extremamente pobre no que diz respeito ao mecanismo do encontro entre miracídio e molusco, resolvemos estudar mais detidamente esta parte do ciclo. Pudemos constatar a presença de um nítido quimiotropismo entre larva e hospedeiro intermediário. Um molusco esmagado exercia a mesma espécie de atração que o molusco vivo e em movimento. Um autor, pelo menos, afirmou que qualquer corpo estranho é objeto de "curiosidade" das larvas e serve de ponto de atração. Empregamos uma concha de molusco como corpo estranho, e num vaso em que se encontrava um molusco vivo e outro molusco triturado, não pudemos verificar qualquer espécie de atração para com a concha.

Efetuamos uma tentativa para bloquear o tropismo. Fizemos uma suspensão de triturado de molusco na água do aquário, verificando que a concentração de miracídios na vizinhança do molusco vivo era mais de três vezes maior que nos aquários-controle. Estas experiências mostram que é possível proteger o molusco contra a penetração pela larva. Se bem que a proteção verificada não tenha sido total, admitimos que outras condições experimentais possam pôr em evidência resultados mais alvissareiros.

Duvidamos que estas experiências resultem em técnicas que possam ser utilizadas na prática.

*Prolongue a  
alegria e a  
vitalidade da  
juventude com*



# SENECTON

Complemento nutritivo, polivitamínico  
e hormonal, estimulante neuro-psíquico  
moderado, especialmente indicado em  
Geriatrics

Indústrias Farmacêuticas



*Fontoura-Wyeth S.A.*

"Tradição e Qualidade a Serviço da Prática Médica"

Nos Estados Unidos: **Wyeth Laboratories Inc.-Philadelphia**

No Brasil: **Ind. Farm. Fontoura Wyeth S. A.-São Paulo**

DEPARTAMENTO DE HEMATOLOGIA  
E HEMOTERAPIA

Sessão em 9 de dezembro de 1957

Presidente: Dr. Ruy Faria

**Sangue contaminado por bactéria psicrófila (*Alcaligenes foecalis*).** *Choque transfusional não mortal.* Dr. Ruy Faria. — O autor apresentou o caso de um menino de 5 anos, que lhe foi dado socorrer no final de uma transfusão de 250 ml de sangue total, que havia decorrido normalmente. O tempo de duração da transfusão fôra bastante longo (cerca de 3 horas), sendo o sangue, portanto, injetado muito lentamente. Era a última de uma série de transfusões para combater uma anemia secundária a processo de glomerulonefrite subcrônica. No final da transfusão, quando a agulha ainda se encontrava na veia do paciente, surgiu reação pirogênica, de intensidade progressivamente crescente, com calafrios violentos, cianose, vômitos sangüíneos, dispnéia e estado torporoso. Chamado pelo técnico que havia selecionado o frasco de sangue, porque o médico transfusionista responsável pelo caso não se achava presente, o autor fez o diagnóstico clínico imediato de "transfusão de sangue contaminado", baseado na intensidade alarmante dos sinais clínicos, administrando pela mesma agulha 100 mg de Terramicina. Foram administrados analépticos por via muscular e oxigênio, sendo o paciente convenientemente agasalhado. As melhoras foram lentas, porém progressivas. O acidente, que se iniciara às 14 horas, estava praticamente terminado às 19 horas, quando o paciente solicitava alimento e o tolerava perfeitamente. Como ainda estivesse febril (37,8°C) foram-lhe administrados em gôta a gôta lento na veia, 500 ml de soluto glicosado a 5% contendo 100 mg de Terramicina. Na manhã seguinte estava bem, afebril. Recuperou-se normalmente nos dias subsequentes.

O interessante neste caso foi o exame bacteriológico direto e cultural do frasco utilizado, que revelou con-

taminação maciça por um bacilo extremamente móvel, Gram-negativo, aparentemente não sulfidrígeno, pois o aspecto e o cheiro de sangue residual eram perfeitamente normais. Não havia o menor sinal de hemólise, nem no frasco nem nas hemácias lavadas uma única vez em solução salina normal. Qualquer hemoterapia, portanto, pelos critérios macroscópios atualmente vigentes, teria injetado o sangue no paciente, tanto mais que a prova cruzada pré-transfusional, feita pelo técnico, fôra negativa em leitura direta e pelo Coombs indireto. O autor confirmou essa negatividade. Um único senão foi encontrado, contra-indicando o uso do frasco para a transfusão: é que ele fôra puncionado 1 semana antes, para colher sangue que foi transfundido no mesmo paciente sem a menor reação. Devia ser considerado, portanto, um frasco "potencialmente contaminado", para ser usado dentro de 24 horas no máximo. A contaminação deu-se, com toda a certeza, por ocasião da punção, quando o frasco já tinha 5 dias de geladeira, apesar da mesma ter sido realizada dentro de uma câmara asséptica provida de 2 lâmpadas esterilizantes de ultravioleta.

O resultado do exame cultural mostrou que o técnico que realizou a punção contaminante provavelmente não lavou as mãos de modo conveniente após exoneração intestinal, antes de se entregar ao seu trabalho. Foi identificado o *Alcaligenes foecalis* em duas culturas em caldo enriquecido, incubadas a 4°C e à temperatura ambiente. Nenhum crescimento foi verificado a 7°C, após vários dias de observação. Ficou perfeitamente caracterizado, portanto, o psicrófilismo da bactéria contaminante, neste caso.

Do ponto de vista terapêutico, o interesse do caso está no emprêgo



pronto e imediato da Terramicina, por via intravenosa, que permitiu salvar a vida do paciente. Esse emprêgo foi inspirado nos trabalhos experimentais de Jawets e col., que conseguiram salvar 100% dos camundongos inoculados com os contaminantes habituais do sangue e do plasma humanos, em doses mortais, empregando, dentro de 30 minutos, a Terramicina ou a Aureomicina, por via intravenosa. O presente caso clínico mostra que, aplicando-se os ensinamentos da experiência de Jawets e col., pode-se transformar completamente o prognóstico desesperador dos pacientes que têm a infelicidade de receber transfusão de sangue ou derivado contaminado por bactérias Gram-negativas.

Do ponto de vista profilático, o caso apresenta aspectos interessantíssimos, porque o autor, ao interromper a transfusão, depois de atender o paciente, tomou algumas gotas de sangue, colhidas no interior do frasco e diluídas em 2 ml de glicose isotônica estéril, colocou uma gota dessa suspensão entre lâmina e laminula e examinou-a imediatamente em microscópio binocular comum de campo claro. Baixando convenientemente o condensador e fechando o diafragma-iris, conseguiu iluminação oblíqua contrastante suficiente para identificar uma intensa pululação de bactérias extremamente móveis, entre os grumos de hemácias pseudo-aglutinadas pela glicose. Não foi necessária a objetiva de imersão para essa pesquisa. O resultado era claro e inofismável e foi confirmado por todos os técnicos presentes. Levado para o Hospital Municipal de São Paulo, o sangue foi ali reexaminado em microscopia de contraste de fase, também sem o emprêgo de objetiva de imersão, conforme a rotina pré-transfusional no Banco de Sangue daquele nosocômio, sendo a bacterioscopia direta em contraste de fase de uma positividade alarmante. Como se vê, a bacterioscopia direta pré-transfusional, sobretudo se for feita em contraste de fase, que dá uma assombrosa nitidez e nenhuma fadiga visual, pode evitar acidentes transfusionais da mais alta gravidade.

Outro aspecto profilático de sumo interesse e gravidade é o que diz respeito ao emprêgo de sangue vários dias após a punção da rôlha dos respectivos frascos, sobretudo quando essa punção, embora feita em câmara asséptica, não obedeceu aos mais cozequinhos princípios de higiene, isto é, a assepsia prévia das mãos do operador.

**Valôres normais e patológicos das provas de absorção da radiovitamina B<sub>12</sub>.** Drs. Rafael Giannella e Bernardo L. Wajchenberg. — Os autores realizaram as provas de Schilling (eliminação urinária) e de Heinle (excreção fecal) para estudo de absorção da vitamina B<sub>12</sub> marcada com o C<sup>14</sup> no seguinte grupo de indivíduos: 258 contrôles não anêmicos, 21 pacientes com anemia perniciosa addisoniana, 9 pacientes com acloridria histamínica, 4 pacientes com anemia megaloblástica nutricional e 4 pacientes com anemia perniciosa intestinal.

Em 68 provas realizadas em 21 pacientes com anemia perniciosa addisoniana encontraram excreção fecal média de 78,5% e eliminação urinária de 0,3%. Com o aumento da dose de radiovitamina B<sub>12</sub> notaram diminuição definitiva na quantidade de vitamina absorvida.

A prova de Heinle, realizada em 17 contrôles, passou de 31,2% para 39,8% quando administravam, duas horas após o início da prova, 1 mg de vitamina B<sub>12</sub> inativa. Em 17 contrôles onde realizaram a prova de Heinle a excreção fecal mostrou-se inferior a 50% em 16 casos. De 29 provas realizadas em 21 pacientes com anemia perniciosa addisoniana apenas em 3 casos a excreção fecal foi inferior a 60%.

A reprodutibilidade da prova de Schilling mostrou-se ótima e apenas regular a da prova de Heinle.

Os casos de acloridria histamínica mostraram normalidade nos valores da excreção fecal e eliminação urinária. Os casos de anemia perniciosa intestinal mostraram absorção de vitamina B<sub>12</sub>-C<sup>14</sup> idêntica a dos casos de anemia perniciosa addisoniana.

Com o auxílio das provas de Schilling e Heinle torna-se fácil e seguro o diagnóstico de casos de deficiência de ácido fólico e de deficiência exógena de vitamina B<sub>12</sub>. A adição de fator intrínseco não melhora a absorção de vitamina B<sub>12</sub> nos casos de ane-

mia perniciosa intestinal, o que permite a diferenciação diagnóstica com a anemia perniciosa addisoniana.

A prova de Schilling, pela consistência dos resultados e por exigir menos tempo, deve ser preferida a prova de Heinle.

## Sanatório São Lucas

*Instituição para o progresso da cirurgia*

DIRETOR: Dr. EURICO BRANCO RIBEIRO

★

*Peça informações sobre o "Estágio de aperfeiçoamento"  
mantido pelo Sanatório São Lucas*

★

Rua Pirapitingui, 80 — Tel 36-8181 — SÃO PAULO

### *Prezado Doutor:*

Agora o Sr. já pode aconselhar a sobremesa que faltava ao seu cliente em regime de redução.

Adoçados com "ciclamatos", a notável descoberta que substitui o açúcar sem fornecer calorias.

Indicado com segurança na sobremesa dos DIABÉTICOS.

# DIETA

*a doçura sem açúcar*



## DEPARTAMENTO DE NEUROPSIQUIATRIA

Sessão em 5 de fevereiro de 1958

Presidente: Dr. Durval Marcondes

**Status de pequeno mal** (apresentação de um caso). Dr. Adail Freitas Julião.

— O autor apresentou o caso de uma menina de doze anos, sujeita a crises de pequeno mal desde a idade de cinco anos, e a crises motoras generalizadas desde há alguns meses. Estando medicada com difenilidantoina, Gardenal e Mirontin, em 16-11-1957, desde que se levantou, pela manhã, apresentou comportamento estranho, pois se encontrava apática, indiferente, incapaz de executar atos de sua própria iniciativa, dando a impressão de encontrar-se fortemente sonolenta, tudo em contraste marcante com seu comportamento habitual. O electroencefalograma obtido pelo autor mostrou complexos espícula-onda de grande amplitude, difusos e simétricos, com a frequência de cerca de 3 c/s e praticamente contínuos; o achado permitiu caracterizar o quadro clínico como status de pequeno mal. As crises de ausência se sucediam a curtos intervalos, a paciente não recuperando integralmente a consciência nesses intervalos. O período de status se estendeu pelo espaço de 14 horas pelo menos, pois, quando a paciente se deitou para dormir, não tinha havido modificação no quadro clínico. No decorrer do dia tinham-lhe sido administradas quatro cápsulas de Tridione. No dia seguinte ela se encontrava perfeitamente lúcida, não se recordando senão de um

ou outro fato ocorrido na véspera. O autor fez ainda considerações sobre incidência, diagnóstico, fatores desencadeantes e tratamento do status.

**Ventriculografia central.** Drs. Aloysio de Mattos Pimenta e Orestes Barini. — Os autores apresentaram o resultado de sua experiência em sete casos nos quais praticaram a técnica da ventriculografia central, de Araújo-Iñiguez e Azambuja. Houve falha em três casos e bom resultado em quatro casos.

Salientaram: 1) Bom contraste da porção posterior do 3.º ventrículo, aqueduto e 4.º ventrículo, em imagens nítidas, com a vantagem de não serem perturbadas por somação de contrastes de outras formações. 2) Ausência de reações, dada a mínima quantidade de ar utilizada como contraste (10 a 20 ml), o que é possível dado ser o ar injetado diretamente no 3.º ventrículo. 3) Técnica de realização relativamente simples e que, em caso de falha, pode transformar-se sem inconvenientes em ventriculografia comum. 4) Indicação da técnica: obstrução do 4.º ventrículo verificada na pneumoencefalografia fracionada, ou suspeitada a priori em casos de diagnóstico clínico de tumor ou processo inflamatório obstrutivo da porção posterior do 3.º ventrículo, aqueduto e 4.º ventrículo.

## DEPARTAMENTO DE OTORRINOLARINGOLOGIA

Sessão em 24 de fevereiro de 1958

Presidente: Dr. Haroldo da Silva Bastos

**Crítica de 10 anos de cirurgia da surdez na Clínica de Otorrinolaringologia da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.** Drs. J. E. de Rezende Barbosa, Mauro C. de Souza Dias e Tarcísio Loureiro. — O pre-

sente trabalho diz respeito a um estudo crítico realizado pelos autores sobre o tratamento cirúrgico da surdez de tipo otosclerose clínica, baseados somente no que foi executado na Clínica de Otorrinolaringologia da

Santa Casa de Misericórdia de São Paulo nos períodos de 1947 a 1956 (quanto à fenestração labiríntica) e de 1956 a 1957 (quanto à mobilização do estribo). O material de estudo representa um pouco menos de 50% do total de casos de fenestração operados naquele período e cerca de 95% dos casos de mobilização do estribo tratados até outubro de 1957. Foram aproveitados somente os casos de fenestração com revisão, no mínimo, de cinco meses após a cirurgia, havendo mais de 50% com revisão acima de um ano, alguns até com oito anos.

O material clínico foi selecionado dentro do rigor diagnóstico, procurando classificar os casos com possibilidades cirúrgicas de acordo com o esquema de Shambaugh: casos ideais, adequados e limítrofes quanto às reais possibilidades pré-operatórias de alcançarem, com a cirurgia, um nível social adequado.

Os fenestrados foram operados pela técnica clássica de Lempert com as modificações de Shambaugh. As mobilizações foram executadas pela técnica indireta de Rosen com a modificação de vibrações digitais em múltiplos locais. A anestesia evoluiu, nos casos de fenestração, desde a local com base pré-anestésica intensa, até a geral com o ciclo-tio-éter-oxigênio. Na mobilização foi executada, sempre, a local com xilocaína a 2% ou novocaína a 1%.

1) **Fenestração** (pacientes operados de 1947 a 1956 e que foram revistos periodicamente, no mínimo cinco meses após a intervenção) — 55 homens e 48 mulheres. Indicação ideal (A), 55 casos; indicação adequada (B), 29 casos; indicação limítrofe (C), 19 casos.

**Resultados:** a) Perda imediata da audição, 3 casos; b) audição inalterada (45 dias), 16 casos; c) ganho não social (45 dias), 28 casos; d) ganho inicial social (45 dias), 56 casos.

Esses pacientes foram revistos periodicamente e apresentaram o seguinte resultado: a) perda de ganho social antes do 5.º mês, 10 casos; b) ganho inicial permanente (revisão do 5.º ao 8.º mês), 10 casos; c) ga-

nho inicial permanente (revisão aos 12 meses), 13 casos; d) ganho inicial permanente (revisão além de 2 anos), 37 casos.

Sob o ponto de vista das percentagens, é interessante observar que a percentagem de casos operados com ganho inicial permanente além de 2 anos (37) sobre o total de casos operados (103) foi de 35%; ao passo que, considerando-se os casos de indicação A e B (84) a percentagem subiu para 44% e, finalmente, se considerarmos somente os casos de indicação A (55), a percentagem com ganho social permanente além dos 2 anos alcançou a cifra de 67%.

2) **Mobilização do estribo** (pacientes operados em 1956 e 1957) — 26 homens e 20 mulheres. Indicação ideal (A), 30 casos; indicação adequada (B), 11 casos; indicação limítrofe (C), 14 casos.

**Resultados:** a) Piora da audição, 5 casos; b) audição inalterada, 18 casos; c) ganho não social, 17 casos; d) ganho social, 15 casos.

No curto período de observação possível, 2 dos casos que obtiveram ganho social já sofreram regressão na sua capacidade auditiva e 7 casos que permaneceram com a audição inalterada ou que não obtiveram ganho não social foram fenestrados, com o seguinte resultado: a) ganho social, 5 casos; b) ganho não social, 2 casos.

**CONSIDERAÇÕES CRÍTICAS:** 1) Todo caso de hipoacusia progressiva, crônica, indolor, deve ter seu diagnóstico apurado ao máximo, a fim de classificá-lo como cirurgicamente reversível ou irreversível. 2) Colocar o paciente a par das possibilidades de seu reajustamento social (leitura labial, aparelho protético ou tratamento cirúrgico). 3) Classificar os casos de acordo com as possibilidades pré-operatórias de sucesso, colocando o paciente a par de tudo. 4) Planificar o seu reajustamento cirúrgico. 5) Excluída a prótese eletrônica, podemos afirmar que nada na terapêutica médica forneceu, até hoje, resultados tão positivos quanto a cirurgia no tratamento da otosclerose clínica. Encontramo-nos, ainda, afastados da

# SINTOMICETINA

*injetável*

(CLORANFENICOL SINTÉTICO LEVÓGIRO)

*frasco-ampola de 0,200 g*

*em todas as indicações do cloranfenicol,  
especialmente quando houver dificuldade  
para a administração oral ou retal.*



perfeição quanto à fenestração, mas a mesma, quando executada com técnica adequada, fornece resultados positivos e permanentes em percentagem jamais alcançada por qualquer outro processo terapêutico. 6) Quanto à mobilização do estribo, no seu estado atual, ainda não nos parece que um substituto positivo para a fenestração, devendo ser tentada, previamente, devido à sua simplicidade, aos resultados imediatos espetaculares às vezes conseguidos em pequena percentagem de operados bem como à possibilidade do paciente poder submeter-se a uma fenestração posterior em casos de insucesso da mobilização.

**O garroteamento do véu do palato na adenamigdalectomia intubada** (posição de Rose). Dr. Angelo Mazza. — O autor propôs o garroteamento do véu, baseado em mais de 1.000 adenamigdalectomias. Com essa manobra os tempos operatórios são executados com mais facilidade, encurtando a duração da intervenção.

A manobra consiste na introdução de uma sonda tipo Nelaton pelo nariz até aparecer no orofaringe; daqui, ela é retirada para fora da boca por meio de uma pinça de Hartman. Enquanto a mão esquerda segura e distende as duas extremidades, nasal e

bucal, a mão direita maneja a cureta, realizando a adenoidectomia; a mão esquerda, distendendo a sonda à guisa de rédeas, afasta o véu na medida das possibilidades de acôrdo com a vontade do operador, dando franco acesso ao rinofaringe e perfeita mobilidade aos manejos da cureta, assim como franco acesso ao toque do rinofaringe para controlar a retirada da vegetação adenóide. Uma vez executada a adenoidectomia, procede-se à amigdalectomia, prendendo-se as duas extremidades da sonda por uma pinça de Kocher. Destarte, com o véu repuxado, a sonda condiciona várias vantagens: 1) aproximação do campo cirúrgico para o operador; 2) as amígdalas e pilares permaneceriam distendidos, o que facilitaria a incisão inicial, assim como o descolamento da amígdala; 3) discreta hemostasia no início da intervenção, tal fato permitindo maior facilidade em encontrar o plano de clivagem; aliás, isto é explicado pelo bloqueio das veias localizadas no terço superior da fôssula amigdalina, conforme estudos de Mangabeira Albernaz; 4) o repuxamento do véu permite também um relativo basculamento da amígdala, colocando-a defronte do operador, facilitando assim o seu descolamento dos pilares anterior e posterior.

## DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA

Sessão em 12 de fevereiro de 1958

Presidente: Dr. Guilherme Mattar

**Fibrose cística do pâncreas** (*mucoviscidose*). Aspectos clínicos e terapêuticos. Dr. Nuno de Palva Braga. — O autor teceu breves considerações sobre a incidência, a nomenclatura e o conceito da enfermidade. Apresentou uma figura esquemática das estruturas atingidas, ressaltando tratar-se de uma exocrinopatia generalizada, conforme propôs Paul Di Sant'Agnese. Para fins de estudo, adotou a distribuição de formas clínicas sugeridas por Fanconi, embora reconheça haver quadros característicos e frustros. Teceu considerações sobre o íleo mecânico; sobre a forma com transtor-

nos digestivos, chamando a atenção para a diarreia, icterícia e hepatomegalia; e sobre a terceira forma, em que há preponderância da sintomatologia pulmonar, que constitui o principal risco da afecção. Ao mesmo tempo, foram revistas as normas do tratamento.

Finalmente, foi apresentada a casuística de fibrose cística do pâncreas do Serviço do Prof. Pedro de Alcântara, constituída de sete pacientes, cinco dos quais faleceram, tendo sido comentados pelo autor a identificação, os antecedentes, o exame físico e a evolução.



**Fibrose cística do pâncreas** (*mucoviscidose*). Meios subsidiários ao diagnóstico; prova do suor. Drs. Fernando Figueira, Joaquim da Costa Marques e Guilherme Mattar. — Os autores teceram ligeiros comentários sobre o histórico da prova do suor. Salientaram a importância da mesma no diagnóstico da fibrose cística do pâncreas. Relataram sua experiência, após 43 provas realizadas em pacientes portadores de afecções variadas, entre os quais havia seis casos de mucoviscidose. Expuseram objetivamente a técnica da colheita do material e da dosagem do cloro e sódio. Concluíram que a prova do suor é, na atualidade, um dos meios mais importantes e seguros para o diagnóstico da mucoviscidose.

Em seguida, falaram sobre uma variante simplificada da mesma (tese de Schwachman e Gahn). Descreveram a preparação do meio usado nesta prova e sua técnica. Apresentaram o resultado de alguns testes feitos. Finalmente, relataram sua casuística de 171 pacientes testados, concluindo pelo valor e utilidade deste método como meio seletivo, dadas a relativa segurança e a simplicidade de execução. Terminaram recomendando o uso rotineiro do mesmo nos Serviços de Pediatria.

**O valor da intubação duodenal no diagnóstico da fibrose cística do pâncreas.** Dra. Maria Adelaide Gonçalves Borges. — Depois de Einhorn que, em 1908, mostrou a possibilidade do estudo das secreções pela intubação, vários investigadores estudaram a composição do líquido duodenal. Entretanto, o grande interesse pela intubação começou com a descoberta da fibrose cística do pâncreas.

As dificuldades para intubar crianças originaram grande número de técnicas, a maior parte delas traumáticas e de longa duração. Uma técnica simples e fisiológica foi recentemente estabelecida por Sarrouy, Clausse e Tricoire e utilizada por nós com pequenas modificações. Os pontos fundamentais da técnica são os seguintes: a) utilização de sonda de borracha ou plástico, com oliva metálica, sem mandril; b) introdução

da sonda pelo nariz; c) uma vez a sonda no estômago, introdução de 10 a 20 ml de soluto fisiológico morno, com o objetivo de excitar o peristaltismo gástrico e, assim, fazer com que a sonda caminhe em direção ao piloro.

**Exploração do pâncreas.** — A simples dosagem do líquido duodenal, sem prévia estimulação da secreção pancreática, fornece valores inconsistentes dos quais não se podem tirar conclusões. Por essa razão fazemos a prova da secretina, que consiste no seguinte: a) uma vez a sonda no duodeno, aspiração de todo o líquido existente; b) introdução por via venosa de 40 unidades de secretina; c) a partir desse momento, aspirar permanentemente o líquido duodenal e dividir as amostras em períodos de 20 minutos, durante 1 hora.

**Técnicas de dosagem.** — *Lipase:* as técnicas utilizam a ação desta diástase sobre o óleo de oliva e exprimem sua atividade em acidez liberada. *Tripsina:* a técnica por nós utilizada se baseia na digestão da gelatina; consiste em colocar sobre um filme virgem diluições crescentes do líquido duodenal e verificar a diluição-limite que digere a gelatina.

**Resultados:** Seguindo a técnica assinalada fizemos intubações em vários grupos de crianças, entre as quais 11 normais e 9 suspeitas de fibrose cística do pâncreas.

Nas 9 suspeitas encontramos o seguinte: a) 7 crianças nas quais se encontrou resposta satisfatória à secretina; não se tratava de fibrose, o que foi confirmado pela normalidade das provas do suor e iodúria provocada. b) Crianças nas quais não se obteve resposta à secretina para a tripsina; eram autênticas fibroses, confirmadas pelas provas do suor e iodúria provocada. Para a lipase encontraram-se nessas crianças taxas baixas ou semelhantes às dos testemunhos, mas nunca ausência completa.

**Interpretação dos resultados:** a) A ausência de tripsina tem valor considerável para afirmar o diagnóstico de fibrose cística do pâncreas. b) A lipase tem valor relativo.

**CONCLUSÕES:** A intubação duodenal pode ser feita facilmente na criança. Tem valor no diagnóstico da fibrose cística do pâncreas como exame complementar.

**Fibrose cística do pâncreas.** Dr. José Fernandes Pontes. — O tema objeto de discussão desta reunião já foi suficientemente discutido pelos relatores. Cabe-me, portanto, apenas acentuar alguns pontos de maior importância. Em primeiro lugar, o que é extraordinário, é a fibrose cística do pâncreas (FCP) ter-se tornado nos últimos 20 anos de tal forma conhecida, desde o trabalho inicial de Anderson, em 1938, que podemos afirmar estarmos em condições de diagnosticá-la em vivo, hoje, com suficiente segurança ao menos em sua forma clássica, isto é, quando se apresenta com a sintomatologia digestiva ou pulmonar evidente. Em segundo lugar, foi a descoberta dos meios indiretos de diagnóstico, que foram descritos nesta sessão com grande clareza pelo Dr. Joaquim da Costa Marques. Estes métodos permitiram, não só diagnosticar a doença mais simplesmente, sem lançar mão necessariamente da sondagem duodenal e da verificação da esteatorréia por meio de balanços, mas também possibilitaram a descoberta das formas frustras da moléstia. A prova do suor, descrita em 1954 por Schwachman e col., bem como a sua variante simplificada, descrita pelos mesmos autores em 1956, permite realizar inquéritos em massa a respeito da incidência da doença e apreciar, então, com maior segurança, a sua verdadeira frequência. Neste particular seja-me permitido sugerir ao Dr. Joaquim da Costa Marques que, no caso por ele relatado de uma criança acidentada, aparentemente sã quanto a sinais clínicos da FCP, em que a variante simplificada da prova do suor foi positiva, poderia tratar-se da doença em sua forma frusta. Essas formas frustras da doença, que têm sido descritas por alguns autores nos últimos anos, com sintomatologia digestiva respiratória mínima e apenas com distúrbios electrolíticos no suor ou na saliva, poder-se-iam comparar às formas frustras, inaparentes, de

outras doenças de caráter hereditário, como a gôta e a doença de Wilson, que podem existir apenas na fase bioquímica, sem manifestação orgânica evidente.

Desejava voltar a ressaltar os grandes avanços realizados nos últimos anos. Antes do trabalho clássico de 1938 de Dorothy Anderson, em que a doença foi descrita de maneira sistematizada, existiam na literatura apenas 14 trabalhos importantes sobre a moléstia, o mais antigo sendo o de E. Home (1813), a respeito de distrofia e esteatorréia como consequência de uma hipofunção do pâncreas. Em 1912, Bramwell escreveu sobre casos de infantilismo pancreatogênico, dos quais alguns devem ter sido por FCP. Ressaltem-se as publicações de Fanconi: em 1908, a monografia sobre infantilismo intestinal, com oito casos julgados por ele excepcionais pelo fato da "doença celiaca" começar já a partir do primeiro mês de vida, enquanto o habitual era o aparecimento da doença após um período normal de desenvolvimento do lactente; excepcional também era o aparecimento de uma bronquite crônica e de um quadro precoce de tosse pertussis. Fanconi, juntamente com Knauer e Üliger, descreveu em 1936 o aparecimento de síndrome celiaca em FCP congênita e bronquectasias.

Andersen, em 1938, apresentou a doença de forma sistematizada, correlacionando as diversas manifestações da doença e constituindo a entidade clínica hoje conhecida, descrevendo 22 casos próprios e 27 reunidos da literatura. Embora a sua concepção no correr do tempo não tenha sido mantida em todos os aspectos, teve ela esta virtude. Mencionemos no mesmo ano o trabalho básico de Blackfan e May, feito independentemente, sobre os achados de autópsia de pâncreas de 35 crianças com sintomas clínicos semelhantes aos dos casos descritos por Andersen; esses autores foram mais reservados do que Andersen na interpretação do quadro clínico e anátomo-patológico e proporcionaram igualmente estímulo importante para pesquisas ulteriores. Orientaram a maioria dos autores na classificação inaugurada por Ander-



## VITSALMIN\*

PELLET DE VITAMINAS E MINERAIS

Caixa com 1 frasco, contendo 30 pellets marrons (vitaminas)  
e 1 frasco, contendo 30 pellets verdes (saís minerais).

*Cada pellet marrom contém:* vitamina A — 5.000 U. I.; vitamina D (natural) — 500 U. I.; vitamina B1 — 4,0 mg; vitamina B2 — 2,0 mg; vitamina B6 — 1,2 mg; vitamina B12 — 0,5 microgramas; vitamina C — 30,0 mg; niacinamida — 10,0 mg.

*Cada pellet verde contém:* Ferro — 10,0 mg; Manganês — 1,0 mg; Magnésio — 1,0 mg; Iodo — 0,07 mg; Cobre — 0,5 mg; Zinco — 1,0 mg; Molibdênio — 0,18 mg; Cobalto — 0,05 mg; Fósforo — 40,0 mg; Cálcio — 51,0 mg.



**Instituto Pinheiros, Produtos Terapêuticos, S.A.**

\* mediante concessão de Collett & Co. A/S., Noruega.

sen, segundo a qual as manifestações clínicas da FCP são tipicamente dependentes da idade: no período de recém-nascido manifesta-se como íleo meconial e mais tarde surgem os sintomas digestivos e respiratórios. Andersen distingue ainda um grupo em que a infecção respiratória se inicia precocemente e outro em que as complicações pulmonares só aparecem tardiamente. Este último grupo apresenta-se clinicamente a princípio como uma doença semelhante à doença celíaca. Nos últimos tempos, principalmente nos Estados Unidos da América do Norte, onde a doença tem sido descrita mais frequentemente do que na Europa, esta classificação tem sido criticada em virtude das grandes variações clínicas.

Apesar de todas as tentativas terapêuticas, o prognóstico da doença é ainda infausto quod sanationem. Não existem casos publicados que tenham ultrapassado os 20 anos de idade. A maioria dos pacientes não atinge o segundo ano de vida. Esta sessão vem demonstrar que a doença tem despertado interesse em nosso meio, já existindo publicações a respeito. É provável que, com os estudos que se realizam no Serviço do Prof. Pedro de Alcântara, a casuística aumente rapidamente. É possível, mas pouco provável, que a doença seja menos freqüente entre nós do que nos Estados Unidos da América do Norte ou na Europa. É melhor supor que a sua freqüência seja grande e os estudos para a sua descoberta prossigam.

### Sessão em 26 de fevereiro de 1958

Presidente: Dr. Guilherme Mattar

**Piodermites. Aspectos clínicos e terapêuticos na criança.** Dr. Sebastião A. P. Sampaio. — As piodermites são afecções cutâneas causadas por micrococcos e estreptococcos patogênicos. Resultam da ação destes organismos sobre a pele normal e são consideradas como infecções bacterianas primárias. Devem, assim, ser distinguidas dos processos nos quais uma dermatose se infecta secundariamente. As piodermites são determinadas por micrococcos coagulase-positivos ou por estreptococcos hemolíticos. Esses microorganismos são também encontrados nas infecções secundárias, onde frequentemente outros germes se associam, como o *Proteus*, a *Pseudomonas*, etc.

O problema da bacteriologia cutânea é analisado, salientando-se os principais aspectos referentes à flora transitória. Alguns fatos referentes à capacidade antisséptica da pele, particularmente em relação aos microorganismos patogênicos, são também referidos, como o papel dos ácidos graxos não saturados, do dessecamento e de outros fatores. Assim, em relação aos estreptococcos hemolíticos, apresentam os ácidos graxos nítida ação e somente quando a albu-

mina do soro neutraliza estes ácidos graxos é que os estreptococcos podem colonizar-se na pele. E isto ocorre particularmente nas dermatoses, quando se infectam secundariamente. Em relação a germes gram-negativos, como por exemplo a *Escherichia coli*, o principal fator contra a sua disseminação é o dessecamento. Finalmente, o autor termina por referir alguns aspectos da esterilização cutânea pelos antissépticos químicos.

Estudando o problema das piodermites mostra que o principal responsável é o micrococo coagulase-positivo. Dois fatores contribuem para isto: a relativa falta de defesas naturais e a possibilidade destes microorganismos desenvolverem, com freqüência, resistência aos quimioterápicos e particularmente aos antibióticos. A esse respeito mostra diversas estatísticas sobre o assunto.

A classificação das piodermites baseada nos seus aspectos clínicos é apresentada. São analisadas mais detalhadamente as mais comuns em crianças, como o impetigo contagioso, bolhoso, folicular, o ectima, o furúnculo e o antraz, além de numerosos outros aspectos clínicos das piodermites. São estudadas também as

principais infecções bacterianas secundárias que ocorrem nas crianças, particularmente o intertrigo e a otite externa.

A terapêutica das piodermites é referida com minúcia. Mostrado o tratamento clássico à base de Água de Alibour e de óxido amarelo de mercúrio, evidencia-se a tendência atual do uso de antibióticos. Entretanto, é bem anotada a necessidade do uso de antibióticos para uso local, como a neomicina, evitando-se sempre o uso de antibióticos de uso geral em forma de pomadas, pela sensibilização que podem determinar. Neste particular o autor lembra que é formalmente contra-indicado o emprego local de sulfamidas. Refere, entretanto, que eventualmente pode ser útil em uma piodermite, e mesmo necessário, o emprego de um antibiótico por via parenteral ou oral. De outro lado, o máximo cuidado deve ser empregado no curativo local, cuja falha impede a cura de uma piodermite.

**Piodermites.** *Aspectos microbiológicos.* Dr. Carlos da Silva Lacaz. — O autor inicia seu relato, conceituando do ponto de vista microbiológico as infecções piogênicas. Refere os germes comumente encontrados em tais processos, principalmente *Micrococcus* (*Staphylococcus*) e *Streptococcus*. A seguir, assinala as principais características morfológicas desses microorganismos e os métodos de laboratório utilizados para a sua identificação. Registra a prática do antibiograma como recurso para a orientação terapêutica. Para discutir os aspectos imunológicos relacionados às piodermites, o autor faz um resumo da estrutura antigênica dos germes piogênicos, principalmente dos estreptococos, estudando as diversas frações antigênicas de tais bactérias.

Quanto aos aspectos imunológicos das piodermites, o autor discute as provas imunológicas para o diagnóstico e o controle da cura de tais infecções, bem como os recursos de ordem imunoterápica utilizados no tratamento dos processos piogênicos da pele e das mucosas.

**Piodermites na infância.** Dr. Waldemar Henrique Cardim. — *Aspectos*

*imunológicos:* O autor, como pediatra clínico, passa a tecer considerações sobre a questão da passagem transplacentária dos anticorpos durante a gestação e suas aplicações práticas, lembrando que, por ocasião do nascimento, a criança apresenta anticorpos somente quando estes estão presentes também no sangue materno, se bem que a recíproca nem sempre seja verdadeira. Recorda que as antistreptolisinas e as antistafilocolisinas, embora presentes frequentemente em quantidade apreciável no soro fetal, não protegem o recém-nascido das infecções correspondentes. Alude às últimas conquistas da vacinação materna visando a ampliar a proteção imunológica do recém-nascido, no sentido de aumentar a taxa de anticorpos congênitos.

**Aspectos clínicos e terapêuticos:** O autor, inicialmente, frisa que um grande número de piodermias da infância se apresentam em continuação ou como consequência de outras dermatoses, que favorecem a penetração do germe através das fissuras cutâneas que produzem, como por exemplo as estafilodermias consecutivas a miliar rubra, dermatite seborréica e qualquer outra infecção que produza sudoração, prurido ou maceração da pele, tecendo considerações clínicas sobre os caracteres próprios da pele da criança. Lembra a importância dos transtornos nutritivos que, além de ocasionarem diminuição das imunidade geral, acarretam menor resistência local, em virtude das alterações que experimenta a pele em todo estado de desidratação ou desnutrição. Igualmente, chama a atenção para o fato de que as enfermidades infecciosas na infância conduzem frequentemente a uma diminuição da resistência geral e local, que favorece o aparecimento de piodermias. Em alguns casos, acentua, é difícil determinar se se trata de infecções cutâneas exógenas ou se realmente são focos metastáticos. Pode-se estabelecer um círculo vicioso, em que a infecção geral predisponha à infecção cutânea, e por sua vez a piodermia possa ser o ponto de partida de novas metástases, que entretém as estafilodermias e as estreptodermias.

Finalmente, tece comentários sobre o importante problema do impetigo do recém-nascido, dada sua grande contagiosidade nos berçários. Resume as medidas profiláticas aconselha-

das no trato dos recém-nascidos, citando estatísticas e estudos procedidos em nosso meio e nos Estados Unidos da América do Norte.

## DEPARTAMENTO DE RADIOLOGIA E ELETRICIDADE MÉDICA

Sessão em (conjunta com o Departamento  
de Cancerologia) 24 de fevereiro de 1958

Presidente: Dr. Jacyr Quadros

**Indicações da radioterapia no tratamento do câncer da bexiga.** Dr. Antonio Carlos Campos Junqueira. — Há determinados fatores, no caso do câncer de bexiga, que exercem papel muito importante no estabelecimento da orientação terapêutica: a) a evolução muito lenta que apresentam e a tendência a permanecerem confinados ao órgão até as fases mais avançadas; b) o pequeno índice de metástases, tanto ganglionares como em outros órgãos; c) o aspecto anátomo-patológico; enquanto o quadro microscópico pouca influência tem no tratamento radioterápico, o quadro macroscópico, isto é, o aspecto clínico da lesão, é muito importante; como há várias classificações, tanto micro como macroscópicas, e muito desacôrdo entre os autores, preferimos, como Paterson, adotar uma classificação mista (papilomas benignos; carcinomas não infiltrativos, pediculados ou superficiais; carcinomas infiltrativos); d) a localização dos tumores, que se faz geralmente na região do trigono e paredes laterais, havendo apenas 25% dos casos com localização no fundo da bexiga; e) o problema dos papilomas benignos que, sendo bastante comuns e a apresentando uma taxa bastante alta de transformação maligna, constituem um sério perigo para seus portadores.

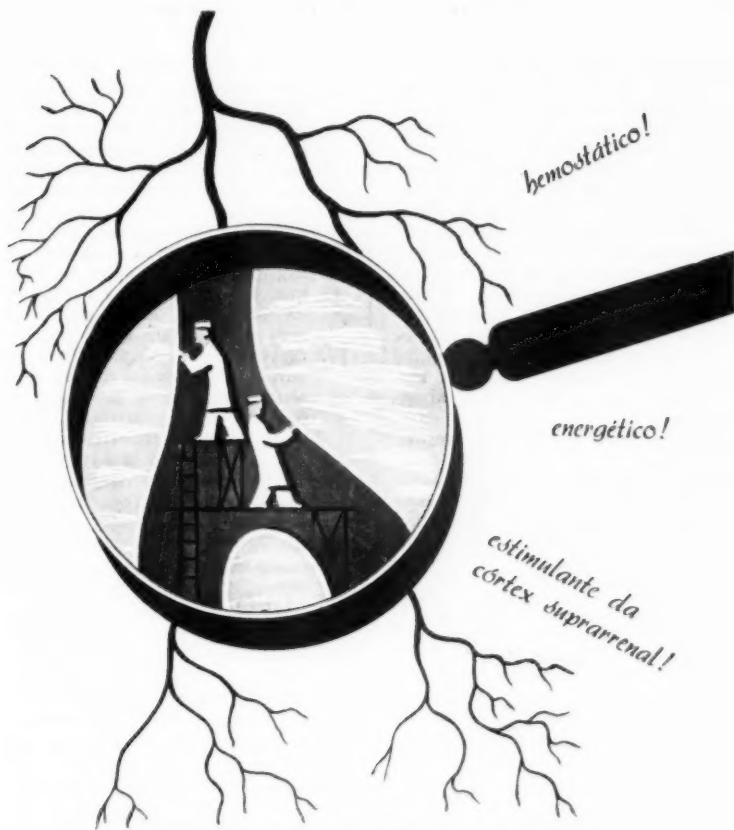
Segundo a maioria dos autores, papilomas benignos que apresentem recidivas sucessivas, ou multiplicidade mui grande, constituindo uma verdadeira papilomatose, devem ser considerados como já apresentando caráter de malignidade e tratados como

tal. É muito comum encontrar-se, ao exame microscópico de pólipos considerados benignos, lesões com o característico de carcinoma grau I (Brothers).

Baseados nestes fatos, dos quais os dois primeiros constituem um aspecto favorável do câncer da bexiga, somos de opinião que:

- 1) Todas as lesões que ainda estão confinadas ao órgão, em pacientes com bom estado geral, devem ser submetidas a tratamento com finalidade de cura radical.
- 2) As lesões do fundo de bexiga devem constituir sempre um problema cirúrgico.
- 3) As demais lesões, por menores que sejam — e essas são geralmente os casos que melhores resultados proporcionam e merecem toda a consideração — devem ser tratadas sempre de forma radical, de acôrdo com os princípios de oncologia. Tanto a cirurgia como a radioterapia são capazes, sempre que bem executadas, de apresentar bons resultados. A cirurgia, necessitando realizar ressecções sempre amplas, tem contra si os problemas criados pela ressecção de um ou dos dois ureteres, que sempre devem ser levados em conta.
- 4) A radioterapia pode ser empregada no tratamento do câncer da bexiga, nas seguintes formas: a) *Radium ou radon* sob a forma de implantes planares simples em lesões sempre superficiais, podendo ser: lesão única abrangendo até





# PERMIPLAS

Substituto do plasma sanguíneo  
Normalizador da permeabilidade capilar

Mono-semicarbazona do adrenocromo (MSA) em solução isotônica de sais minerais, com pH=7

**Choques hemorrágico e não hemorrágico (traumático, tóxico,  
cirúrgico e decorrente de queimaduras).**

**Prevenção e tratamento de hemorragias operatórias.**

Frasco com 500 ml

LABORATÓRIOS FARMACÊUTICOS VICENTE AMATO-USAFARMA S/A. — S. PAULO

20% da área da bexiga; lesão vegetante (mesmo com grande massa vegetante) na qual a base do pedículo é pequena; 2 a 3 lesões distintas e pequenas. Dose: 6.000 a 7.000 r em 6 a 7 dias. O radium e o  $\text{Co}^{60}$  são empregados ainda, em alguns Serviços, sob a forma de moldes lineares colocados dentro de um balão que é distendido dentro da bexiga de forma a irradiar toda a sua superfície. b) *Radioterapia externa.* Tem indicação nos casos de lesões mais extensas ou múltiplas, porém, ainda restritas à bexiga. Ela teve um grande incremento ultimamente com o advento das técnicas cinéticas e principalmente das super-voltagens e do  $\text{Co}^{60}$ . Com estes novos recursos é possível, sem grandes danos, irradiar toda a bexiga com doses cancericidas. Se-

gundo alguns autores, pelas características que apresenta, o câncer da bexiga constitui a melhor indicação para a telecobaltoterapia e aquela em que este recurso permitirá a melhora mais acentuada nas taxas de sobrevivência. Doses: em média 6.000 r em 6 semanas. A radioterapia externa tem ainda indicação preferencial como terapêutica paliativa nos casos de lesões que já ultrapassaram os limites da bexiga ou em doentes com mau estado geral. c) *Isótopos radioativos* em solução tais como ouro, sódio, bromo e cobalto. Esta técnica permite a irradiação de toda a bexiga; entretanto, apresenta um grande inconveniente que é a queda muito rápida da dose em profundidade, de forma que praticamente só o epitélio recebe dose cancericida.

## DEPARTAMENTO DE UROLOGIA

Sessão em 25 de fevereiro de 1958

Presidente: Dr. Augusto Amelio da Motta Pacheco

**Considerações sobre os linfáticos perirrenais.** Dr. Saul Goldenberg. — O autor injetou e estudou os linfáticos da cápsula adiposa dos rins em 21 fetos e recém-nascidos. Fez a revisão da literatura sobre o assunto, demonstrando as divergências entre os autores.

Observou que os coletores linfáticos da cápsula adiposa dos rins apresentam-se em rede, sendo muito bem visibilizados sob lupa; são superficiais e profundos, não se comunicam com a cápsula própria (fibrosa) nem com o parênquima renal, mas dirigem-se para os respectivos pedículos renais, até a veia cava inferior e a aorta. As picadas na cápsula própria dos rins não demonstraram linfáticos. Os coletores linfáticos da cápsula adiposa direita tomavam a massa coarante mais facilmente que do lado esquerdo. Chamou a atenção, finalmente, para as relações linfáticas entre a cápsula adiposa renal e outros órgãos da cavidade abdominal.

**Hipospádias.** *Ortofaloplastia pela técnica de Blair e retroneoplastia pela de Leveuf.* Drs. Roberto Farina, Geraldo de Campos Freire, Samir Seraphim e Osvaldo de Castro. — Os autores fazem um estudo sucinto dessas malformações, considerando sobretudo a embriologia, sintomas e sinais e os diferentes tipos de hipospádias. São de opinião que nessas malformações se deve tratar primeiro a deformidade conhecida por pênis curvo e depois a hipospádia propriamente dita. O pênis curvo é tratado pela técnica de Blair, e a hipospádia pela técnica de Leveuf, também conhecida por técnica de Cabot-Cecil. Os autores fazem uma série de comentários quanto à ocasião mais apropriada para intervir, quanto à derivação da urina (que eles não executam), quanto ao curativo, etc. São de parecer que o capítulo das hipospádias está encerrado, pelo menos no que se refere ao seu tratamento.

**Uraco permeável.** Drs. Augusto Amelio da Motta Pacheco, Ruy Azevedo Marques e Manoel de Almeida. — Os autores apresentam um caso dessa anomalia, considerando o aspecto embriológico, sua raridade revelada por poucos casos esparsos na literatura, a clínica, o diagnóstico e a terapêutica.

Tratava-se de uma menina de três dias de idade, com botão carnoso ao

nível do umbigo, por onde saía urina, às gôtas, continuamente, e em jacto durante a micção. A uretra era normal e a cistografia revelou bexiga alongada no zimbório e o trajeto fistuloso até o umbigo. Foi operada a seguir, tendo sido feita dissecação do trajeto fistuloso do umbigo até a bexiga e ressecção parcial de seu zimbório. O pós-operatório decorreu sem acidentes.

## Sociedade Médica São Lucas

Sessão em 28 de maio de 1957

Presidente: Dr. Luis Branco Ribeiro

**Diafragma vaginal.** Dr. Milton Pascoalino. — O autor falou sobre diafragma vaginal. Fêz inicialmente um apanhado histórico do assunto. Referiu-se depois a quatro casos constantes do arquivo do Sanatório São Lucas. Fêz considerações sobre a etiologia e os aspectos clínicos da afecção. Salientou a possibilidade da gravidez, presente em dois casos observados pelo Dr. Eurico Branco Ribeiro. A incidência de outras anomalias nas portadoras de diafragma vaginal é relativamente freqüente. Depois de referir os dados da literatura, descreveu a observação do último caso operado no Sanatório São Lucas ao 4.º mês da gravidez. Sobre o assunto o Dr. Eurico Branco Ribeiro fez comentários vários.

**Úlceras perforadas.** — Dr. Eurico Branco Ribeiro discorreu sobre o Inquérito sobre úlceras perforadas apresentando os dados que levou a Petrópolis, como representante do Sanatório São Lucas. O assunto foi discutido pelo Dr. Paulo Bressan e pelo Dr.

José Saldanha Faria, que referiram pormenores de casos observados.

**Ossificação heterotópica.** Dr. Cesário Tavares. — O autor em seu nome e em nome dos Drs. Paulo Bressan e João Noel von Sonnleithner, apresentou um caso de ossificação heteroplástica. Discorreu sobre as ossificações anômalas e patológicas. A observação clínica foi minuciosamente descrita pelo Dr. Paulo Bressan, que salientou o achado radiológico de uma formação óssea entre a 5.ª vértebra lombar e o osso ilíaco, que o radiologista qualificou de exdrúxula. A extirpação foi executada com dificuldade e a paciente se acha sob tratamento radioterápico.

**Comentários:** O Dr. Moacyr Boscardin e o Dr. Eurico Branco Ribeiro fizeram considerações de ordem etio-patogênica.

Os Drs. João Noel von Sonnleithner e V. Centola comentaram o caso.

**Hematocele de cicatriz operatória.** Dr. Eurico Branco Ribeiro. — O autor discorreu sobre o assunto apresentando dois casos de seu Serviço.

Sessão em 25 de junho de 1957

Presidente: Dr. Paulo Rebocho

**Consideração sobre o II Congresso de Medicina de Florianópolis.** — Dr. Paulo Rebocho fez considerações sobre o II Congresso Médico de Santa

Catarina, realizado em abril em Florianópolis, onde foi representando a Sociedade com o Dr. Moacyr Boscardin. Disse das discussões sobre in-

fecções reumáticas, na qual tomou parte o orador. Os hormônios, o salicilato e a aspirina não curam a febre reumática. O tema câncer do esôfago foi relatado pelo Dr. Henrique Mélega e a ele contribuiu o Dr. Moacyr Boscardin. O orador leu o seu trabalho sobre a cirurgia no velho. A parte social não foi muito bem cuidada. Salientou o esforço feito pela Associação Catarinense de Medicina para a realização do Congresso e a hospitalidade dos médicos locais, embora não houvesse reuniões sociais para os congressistas. O orador terminou conclamando os colegas a produzir maior número de trabalhos científicos, aproveitando-se do material e das facilidades propiciadas pelo Sanatório São Lucas.

A seguir o Dr. Moacyr Boscardin referiu-se a trabalhos apresentados no Congresso e terminou justificando a concomitância de existir um órgão que oriente a organização e o temário dos congressos médicos.

O Dr. Eurico Branco Ribeiro congratulou-se com o Dr. Rebocho pelas palavras de estímulo para se aumentar a produção científica. A essa altura assumiu a presidência o Dr. Luís Branco Ribeiro.

**Câncer dos colos.** Dr. Eurico Branco Ribeiro. — O autor falou sobre o câncer do intestino grosso, referindo 111 casos registrados no Sanatório São Lucas e fazendo comentários sobre eles.

Sobre o assunto falaram os Drs. Paulo Rebocho e Moacyr Boscardin.

## IMPRENSA MÉDICA DE SÃO PAULO

### Sumário dos últimos números

**Revista Brasileira de Leprologia.** Vol. 25, n.º 4, outubro-dezembro de 1957. Simpósio sobre fundamentos para utilização do BCG na profilaxia da lepra. 1) Sessão de abertura; 2) I Tema: Fundamentos doutrinários das correlações biológicas da lepra e tuberculose; 3) II Tema: Reciprocidade do comportamento da infecção leprótica em face da tuberculose e vice-versa, do ponto de vista epidemiológico, clínico, imuno-alérgico e sorológico; 4) III Tema: Observações fornecidas pela experimentação aplicada; 5) IV Tema: Resultados colhidos pela vacinação com BCG e meios de sua avaliação; 6) Trabalhos avulsos; 7) Relatório.

**Revista do Hospital das Clínicas.** Vol. XIII, n.º 2, março de 1958. — João Targino, Luiz Gonzaga Saraiva e Michel Jamra — Contribuição ao estudo do esplenograma patológico; J. V. Martins Campos, Walter Hoenen, Antonio da Costa, Silvio Monsão e J. Fernandes Pontes — Ação da polimixina B sobre grupos bacterianos in-

testinais; Norma Wollner, Rafael de Barros, Michel Jamra, Rosemarie M. Bueno Camargo e Antonio B. de Ulhôa Cntra — Contribuição ao estudo radiológico do esqueleto, nas hemopatias malignas; Celeste Fava Netto e Vicente Amato Neto — A prova da hemolisina anti-hemácias de boi para diagnóstico da mononucleinfeciosa; resultados preliminares em nosso meio; Roberto Farina, Geraldo de Campos Freire e Oswaldo Arruda Macedo — Elefantíase dos órgãos genitais masculinos; falosqueoplastia; Fabio Freire, Helio Graziani e Marco Elisabetsky — Corpos estranhos raros do maciço cranio-facial; E. Del Nero Jr., J. Tranchesi, R. Cianciarulo, C. V. L. Abreu, J. A. Bello, C. Parsloe e O. Vital Brasil — Resultados eletrocardiográficos na cirurgia cardíaca experimental sob hipotermia; F. E. Godoy-Moreira, Flávio Pires de Camargo e Eurico Toledo de Carvalho — Nova contribuição ao tratamento das fraturas no colo do fêmur; Waldo Rolim de Moraes — Conceito atual de medicina física e reabilitação.

# STRYCHNANEURIN B<sub>12</sub>

(VITAMINA B<sub>12</sub>+VITAMINA B<sub>1</sub>+SULFATO DE ESTRICNINA)

*Tônico neuro-muscular por excelência*

**Strychnaneurin B<sub>12</sub> 50 mcg**

(1 mg Sulfato de Estricnina + Vitamina B<sub>1</sub> + Vitamina B<sub>12</sub>)

**Strychnaneurin B<sub>12</sub> 100 mcg**

(2 mg Sulfato de Estricnina + Vitamina B<sub>1</sub> + Vitamina B<sub>12</sub>)

**Strychnaneurin B<sub>12</sub> 1000 mcg**

(2 mg Sulfato de Estricnina + 100 mg Vitamina B<sub>1</sub> + Vitamina B<sub>12</sub>)

★

*Amostras e literatura à disposição dos Srs. Médicos*

**LABORATÓRIOS NOVOTHERAPICA S. A.**

Rua Pedroso de Moraes, 977 — Fone 80-2171 — São Paulo

*Em cada vidro de*  
**Inalante Yatropan**  
*um Funil Inalante*



**LABORATÓRIO**  
FARM. D. FOUQUÉ & C. S.A.  
TELEFONE 2-1244 - São Paulo



**YATROPAN**  
Farm. D. C. Fouqué  
SÃO PAULO

**Revista do Hospital das Clínicas.** Vol. XIII, suplemento n.º 2, 1958. — Registro de casos.

**Revista do Hospital Matarazzo.** Vol. XI, n.ºs 1 e 2, janeiro a abril de 1958. — Medicina — Ciência exata — Dr. Salomão A. Chaib; Adenocarcinoma desenvolvido em adenomas reto-cólicos. Incidência e orientação terapêutica — Silvio Levy; Diagnóstico diferencial e terapêutico das principais doenças reumáticas — Dr. Ideal Perez; Estado atual das vias biliares — Dr. Salomão A. Chaib.

**Revista de Medicina e Cirurgia de São Paulo.** Vol. XVIII, n.º 1, janeiro de 1958. — Das lesões produzidas por energias mecânicas. Diagnóstico diferencial entre homicídio, suicídio e acidente — J. A. Siqueira Ferreira; Discurso de posse na Academia de Medicina de São Paulo — J. A. Siqueira Ferreira; Contribuição ao estudo do retallo intestinal excluído em urologia — Afiz Sadi.

**Revista Paulista de Medicina.** Vol. 52, n.º 4, abril de 1958. — Coração-pulmão artificial para circulação extracorpórea. Bomba de fluxo variável com baixa frequência constante e oxigenador de borbulhamento — Drs. Ruy Ferreira Santos e Luiz Bernardi; Indicações seletivas do processo de Heller, da ressecção parcial e da ressecção subtotal do esôfago no tratamento cirúrgico do megaesôfago. Análise crítica da experiência do Departamento de Cirurgia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto — L. H. Camara-Lopes e Ruy Ferreira-Santos; Anestesia na ressecção endoscópica da pró-tata — Drs. Roberto Rocha Brito, Laercio Lobo de Moraes e Alberto Afonso Ferreira; Nível de anticorpos antipoliomielite em crianças de Ribeirão Preto — José Oliveira de Almeida, John Winsser, Alba Sanches

e Rubens Rocha Vieira; Enxertos ósseos nas reparações da mandíbula — Drs. Paulo de Castro Correia, Aluisio de Oliveira Marcondes e Nelson Assumpção Olyntho Filho; Oxigênio intra-arterial em moléstias vasculares periféricas — Francisco Luiz Cardamone Ranieri.

**Revista Paulista de Hospitais.** N.º 1, janeiro de 1958. Regulamento do corpo clínico — Dr. Odair P. Pedroso; O hospital e o cirurgião — Dr. José Rodrigues Louzã; Relações humanas no hospital — Dr. Ernani B. Carneiro; A formação de obstetras na Suécia — Madeleine Taaffe Libardian; Pesquisas recentes sobre obstetria — Dr. John B. Theobald; Escolas de auxiliares de enfermagem — Dr. Ariovaldo Carvalho; A importância da água na desidratação infantil — Dr. Dacio Pinheiro; Introduzir a técnica ou continuar como estamos? — Lucília A. Souza; História da Medicina no Brasil — Dr. Lycurco Santos Filho.

**Revista Paulista de Hospitais.** N.º 2, fevereiro de 1958. — Cooperação Internacional no desenvolvimento da Assistência Hospitalar — Dr. Odair P. Pedroso; Convênio entre os Hospitais do Estado de São Paulo — Dr. Guedes de Melo Filho; O problema da anatomia patológica nos Hospitais do Interior — Dr. Dante Erbolato; Funções e relações do Corpo Clínico — Dr. Marcelo Guimarães Leite; Pessoal necessário para um hospital de 100 camas — Dr. Ernani B. Carneiro; O quarto do doente — Dr. Horácio Martins Ribeiro; Vantagens da existência do Serviço Social Médico no Hospital — Silas Praga Reis; A erradicação da malária na Amazônia; Armazenamento de material — Sua classificação — Dr. Mosagochi Goto; Organização dos serviços de limpeza; — Dr. José Guimarães Borba.

## **“A Cirurgia no Sanatório São Lucas”**

**2 volumes**

**Preço Cr\$ 700,00**

## VIDA MÉDICA DE SÃO PAULO

### “Cidadão Benemérito de São Paulo”

**Dr. José Ayres Netto.** — Durante sessão especial, na Câmara Municipal de São Paulo, o Dr. José Ayres Netto recebeu o título de “cidadão benemérito”, que lhe foi conferido pela Edilidade em reconhecimento dos relevantes serviços prestados à coletividade.

Ao chegar ao Palacete “Prates”, acompanhado de diversos amigos e de membros da Mesa Administrativa da Santa Casa de Misericórdia, o ilustre médico foi recebido por uma comissão de vereadores, que o introduziu no plenário, onde já se encontrava numerosa assistência.

#### *A saudação da Câmara*

Abertos os trabalhos pelo presidente da Mesa, vereador André Nunes Júnior, subiu à tribuna, a fim de saudar o agraciado em nome da Edilidade, o sr. Ermano Marchetti, autor do projeto que dispõe sobre a concessão do título.

Foram as seguintes as suas palavras:

“Cumpro à Câmara Municipal de São Paulo, neste momento, um dos seus mais altos deveres: o de reconhecer o mérito dos cidadãos que contribuem para a grandeza da nossa terra e a felicidade do nosso povo. O título de cidadão benemérito de São Paulo, que hoje entregamos ao professor José Ayres Netto, é um diploma de reconhecimento público pelo muito que o ilustre homenageado tem feito, através de sessenta anos de excelentes serviços prestados à nossa Santa Casa de Misericórdia, e através de suas atividades médicas à terra e à gente de São Paulo.

Os representantes do povo paulista, reunidos neste plenário, consagram hoje o trabalho e a abnegação, na linha das mais elevadas e puras tradições de Piratininga. Mostramos assim que a alma de São Paulo continua a mesma, através dos tempos.

A alma generosa que se curva, reverente, perante os heróis do civismo, da culutra e do labor. São Paulo, desde os seus primórdios, aprendeu a reconhecer os méritos de todos os que contribuem para o bem comum. Apesar da rudeza dos primeiros tempos, em que a gente do planalto reproduzia no Novo Continente a epopéia de Esparta, nunca faltou aos paulistas a sensibilidade necessária para compreender e admirar os heróis do pensamento e da cultura. E nem podia ser de outra maneira, porque a São Paulo das Entradas e das Bandeiras foi, antes de tudo, a São Paulo do Colégio de Piratininga. Antes de Fernão Dias tivemos Anchieta. Ao lado da bravura de Tibiriçá e dos braços fortes de Caiuby havia os cérebros dos irmãos da Companhia de Jesus. E se os bacamartes despejavam fogo sobre os sertões, rompendo a mata e devassando as distâncias, um padre escrevia poemas na areia e ensinava latim aos pequenos índios.

Nesta Casa, em nosso tempo, já prestamos grandes homenagens a elevadas expressões de nossas forças armadas, a bravos militares, heróis modernos do civismo brasileiro. Mas prestamos também as mesmas homenagens a heróis da cultura e do trabalho. E hoje temos a honra de reunir, numa só pessoa, num só homenageado, as expressões de nossa admiração pelos que se dedicam a esses três campos das atividades humanas. Porque o Dr. Ayres Netto é, ao mesmo tempo, um herói do civismo, como no-lo prova a sua fôlha de extraordinários serviços à Revolução Constitucionalista, quando organizou e dirigiu os hospitais de emergência da Zona Norte, ocupando o posto de major-médico da nossa gloriosa Força Pública; um herói da cultura, como o demonstram as suas múltiplas atividades, no País e no Exterior, em favor do engrandeci-



mento da ciência médica; e um herói do trabalho, como o revelam os seus sessenta anos de atividade ininterrupta na Santa Casa, no ensino médico em São Paulo, na sua própria clínica, e em todos os misteres a que foi chamado, no âmbito da sua profissão ou fora dela.

Já tivemos a oportunidade de lembrar que o Dr. José Ayres Netto foi o primeiro médico de São Paulo a ser agraciado com a Grã-Cruz do Mérito Médico, em 1952. O reconhecimento do País não podia deixar de ser secundado pelo reconhecimento da Cidade. E, embora saibamos que São Paulo inteira já havia reconhecido os méritos do Dr. Ayres Netto, muito antes de qualquer pronunciamento oficial, não podíamos esquecer o dever d'este pronunciamento, que, graças a Deus, fizemos de maneira expressiva, conferindo ao ilustre homenageado de hoje o título de cidadão benemérito de São Paulo.

Os títulos são apenas o timbre oficial dos diplomas morais concedidos pela opinião dos contemporâneos. O Dr. Ayres Netto, ao receber hoje este diploma, está apenas recebendo a chancela da Edilidade a um título que já lhe pertence de há muito. Cidadão benemérito de São Paulo ele o é de direito e de fato. A Câmara Municipal nada mais faz, portanto, ao lhe conferir este título, do que reconhecer oficialmente, através de uma lei, a legitimidade dessa qualidade, que já se faz inerente à sua pessoa.

Lembramos aqui, ao encaminhar o projeto de resolução que deu origem a esse título oficial que hoje entregamos, os méritos do Dr. Ayres Netto, os seus trabalhos científicos publicados e os galardões que lhe foram conferidos por entidades científicas do País e do estrangeiro. Não queremos voltar a essa enumeração, que seria bastante longa. Cabe-nos agora, tão-somente, congratular-nos com São Paulo e com os nobres colegas que aprovaram a nossa proposição, congratular-nos com todos, pela beleza desta festa da inteligência e do coração, em que ressaltamos os valores da cultura e da virtude, em suas mais elevadas expressões.

Uma coisa, entretanto, não nos cansaremos de repetir. Tendo entrado para a Santa Casa de Misericórdia de São Paulo em 1902, o Dr. Ayres Netto conta hoje cinquenta e seis anos de serviços àquela instituição, no trabalho diuturno de assistir ao nosso povo, numa grandiosa missão de carinho e de amor. Poucos homens, em bem poucas partes do mundo, poderão contar esse extraordinário currículo de serviço público, na mais sagrada das atividades, a de curar enfermos e salvar vidas humanas. Exemplo para as gerações futuras e glória incontestada de uma geração que enobrecceu a nossa terra, o nome do Dr. José Ayres Netto figurará para sempre no panteão dos vultos inolvidáveis de São Paulo e do Brasil.

Peço ao ilustre homenageado que me desculpe, se me vejo obrigado, por amor à verdade, a lhe ferir a modéstia. Bem sei que os grandes corações não conhecem a própria grandeza, julgam-se sempre menores do que são. É essa também uma das faces da sua grandeza. Justamente por serem grandes, cultivam naturalmente a humildade, que é uma condição da grandeza. Mas a justiça e verdade nos mandam reconhecer e proclamar os méritos do Dr. Ayres Netto, não tanto para lhe pagarmos o que dele recebemos, porque esse pagamento é impossível, mas para testemunharmos, diante do presente e em face do futuro, um exemplo que deve permanecer entre as mais luminosas constelações do nosso universo moral.

Exmo. Sr. Prof. Dr. José Ayres Netto, cidadão-benemérito de São Paulo, queira receber, com o título que hoje lhe entregamos, toda a expressão da nossa mais alta admiração, do nosso mais profundo respeito. Mais do que para as mãos abençoadas que o recebem, esse título é honroso para nós, para este plenário, para esta Câmara. Ao conferir esse título, a Câmara Municipal de São Paulo se engrandece. E a solenidade de hoje, que aos olhos apressados de alguns pode parecer a consagração de um homem, nada mais é do que a nossa própria consagração, a consagração da Câmara, que a si mesma se eleva, ao reconhecer e

proclamar a grandeza de um cidadão-benemérito da cidade. A vossa excelência, portanto, nosso ilustre homenageado, a nossa gratidão por esta oportunidade”.

#### ***Agradecimento do Dr. Ayres Netto***

Não ocultando a emoção, o Dr. Ayres Netto agradeceu a seguir, com as seguintes palavras, o gesto da edilidade:

“Poucas palavras tenho que pronunciar neste momento, senão para externar os meus agradecimentos à Câmara Legislativa de São Paulo, pela imensa e inerecida honra que acabo de receber, conferindo-me o título de Cidadão Benemérito desta Cidade.

Nascido na Capital Federal e onde fiz o curso de Medicina, aqui cheguei em 1902, vindo diretamente à Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. Nesta grande e benemérita instituição de caridade, dediquei, posso assim dizer, toda a minha vida profissional.

O título que recebo e muito me orgulha, nada mais é que o reconhecimento dos egrégios representantes do povo paulistano à classe médica que naquele nosocômio labuta diuturna e abnegadamente em prol dos necessitados.

Meus cordiais agradecimentos a Ermano Marchetti, digno e operoso vereador, pela espontânea iniciativa

e pelas palavras pronunciadas, que muito me sensibilizaram.

Ao sr. presidente da Câmara, Dr. André Nunes Júnior e seus pares, estando também a minha gratidão pela insigne honra a mim outorgada.

Levo os meus agradecimentos aos amigos que aqui me acompanharam e à imprensa brasileira, pela solidariedade e carinho com que sempre me têm distinguido em todos os passos da minha vida”.

#### ***Entrega do título***

A seguir, após discorrer brevemente sobre o significado do ato, o sr. André Nunes Júnior fez entrega, ao Dr. Ayres Netto, do título de “cidadão benemérito de São Paulo”, tendo a assistência, de pé, tributado uma salva de palmas ao ilustre médico.

#### ***No Instituto “Araldo Vieira de Carvalho”***

Em sinal de regozijo pela distinção conferida ao Dr. Ayres Netto, seus colegas da diretoria, médicos e funcionários do Instituto “Araldo Vieira de Carvalho” prestaram-lhe significativa homenagem. Falou em nome da diretoria o Dr. Oscar Bueno Nestarez. Em nome dos funcionários, discursou a sra. Malvina Rosa Soares, que ofereceu ainda ao homenageado uma cesta de flores.

## **Homenagem da Santa Casa de Misericórdia**

Pelo transcurso do aniversário natalício do Dr. José Ayres Netto, a Clínica de Cirurgia de Mulheres da Santa Casa de Misericórdia, de que é diretor, prestou-lhe no dia 8 de julho, do corrente ano, significativa homenagem, que anstou da inauguração de um auditório que recebeu seu nome, e de uma moderna sala de operações naquela clínica. Após a missa oficiada na Capela do hospital, à qual assistiram mesários, irmãos e médicos da Santa Casa, além de outros amigos do aniversariante, procedeu-se à inauguração do auditório. Presidiu a solenidade o pro-

vedor Dr. Christiano Altenfelder Silva, que teve carinhosas palavras para com o Dr. Ayres Netto. Falou, a seguir, o Dr. Licínio H. Dutra.

#### ***Saudação do Dr. Licínio H. Dutra***

“Por honrosa designação do corpo clínico da 1.<sup>a</sup> Cirurgia de Mulheres da Santa Casa, Serviço Dr. Ayres Netto, aqui me vejo nesta tribuna para saudar o notável vulto da medicina brasileira, o nosso grande amigo, companheiro e chefe, no dia do seu aniversário natalício.

Não vou aqui esboçar, nem sumariamente, o esplendor das atividades

multifárias dessa privilegiada inteligência, pois isso exigirá minucioso estudo de arguto pesquisador, desde que incontáveis são as facetas cintilantes da sua irrequieta personalidade. Muitos já se abalancaram ao estudo da sua biografia, dentre os quais se destaca a do nosso saudoso companheiro, o mestre patologista Altino Antunes, por ocasião das solenidades comemorativas do 40.<sup>o</sup> aniversário de ininterrupta atividade clínica, quando a Mesa Administrativa mandou cunhar medalhas comemorativas em sua honra e da do Dr. Synesio Rangel Pestana. Mais tarde, por ocasião do seu jubileu de ouro profissional, quando foi agraciado pelo Governo da República com a Grã-Cruz do Mérito Médico, em expressivas solenidades realizadas na Santa Casa, na Academia de Medicina e em inesquecível banquete onde participaram mais de mil pessoas, estudiosos da sua personalidade, tais como Antonio de Almeida Prado, Plínio Barreto, Custódio Ribeiro de Carvalho, João Marinho, Carmen Escobar Pires, Edgar Braga, Eurico Branco Ribeiro e este que vos fala, tiveram o feliz ensejo de pôr em destaque essa brilhante inteligência que cintila em todos os ângulos da atividade humana.

Há poucos dias, em reconhecimento dos relevantes serviços prestados, há mais de 50 anos à coletividade, a Câmara Municipal de São Paulo, em sessão solene, conferiu ao Dr. José Ayres Netto o honroso título de "cidadão benemérito". O vereador Ermano Marchetti, discursando em nome da edilidade, teve o ensejo de assinalar que a Câmara Municipal ao entregar o título de "cidadão benemérito" estava apenas conferindo a chancela de um diploma que há muito o nosso homenageado já o possui, pois de fato "benemérito" ele o é.

Já tive o ensejo de dizer que qual uma ave de longo voo, o horizonte, para Ayres Netto, não se restringe às arcadas góticas desta centenária Santa Casa de Misericórdia. A sua visão ciclópica estende-se exuberantemente até a Academia de Medicina, onde exerceu a presidência por duas vezes e é o seu presidente emérito; à Policlínica de São Paulo, onde também já exerceu as funções de diretor cli-

nico e presidente; à Maternidade de São Paulo, à Casa da Mãe Pobre, nobilitante entidade assistencial tão acaalentada pelas damas da elite paulistana, onde exerceu os mais elevados cargos; o Instituto de Radium "Arnaldo Vieira de Carvalho", fundado durante a sua primeira presidência na então Sociedade de Medicina e Cirurgia, quando nomeou uma comissão composta de Arnaldo Vieira de Carvalho, Raphael de Barros e Oswaldo Portugal que deu cabal desempenho a esta notável realização, a mais antiga entidade de assistência ao doente canceroso pobre do País. Durante a sua gestão na diretoria clínica da Santa Casa de Misericórdia, com o apoio integral da Mesa Administrativa e com a colaboração efetiva da Provedoria, da Mordomia e do corpo clínico, planejou total reforma e modernização de todos os serviços e clínicas do Hospital Central que foi trilhada pelas diretorias seguintes.

Entretanto, a menina dos seus olhos, a jóia cuidada com mais desvelo, o brilhante que lhe é mais caro, constituiu o conhecido "Serviço Dr. Ayres Netto", a Primeira Clínica Cirúrgica de Mulheres da Santa Casa de Misericórdia. Na sua chefia, sucedeu ao gigante da medicina paulista, o criador da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo — Arnaldo Vieira de Carvalho.

Na chefia dessa Clínica, imbuído pelo espírito do mestre que vinha acompanhando diuturnamente, desde 5 de janeiro de 1902, pôs-se logo a dar expansão ao seu temperamento criador, ampliando e melhorando suas instalações, dotando-a dos recursos mais modernos que a ciência oferecia na ocasião, renovando as instalações e colocando no museu o instrumental obsoleto, tornando-a, enfim, uma clínica modelar.

O seu dinamismo nunca se acomodou com a burocracia ou a rotina. Por três vezes promoveu radical reforma na Clínica, colocando-a sempre no nível dos mais adiantados serviços cirúrgicos. Dispondo de 90 leitos para cirurgia de mulheres, sentiu-se na obrigação, por ser o seu chefe, de manter-se em dia com o

## “NOTAS DE FITOTERAPIA”

Catálogo de plantas utilizadas em Medicina e Farmácia. Dados principais: origem, sinonímia, parte usada, principais caracteres e constituintes químicos, usos farmaco-terapêuticos, formas farmacêuticas habituais, posologia, preparações extemporâneas obtidas de extrato fluido, etc. Seguido de memento terapêutico e índice poliglota.

**1.ª edição** — 1942 (esgotada).

FARMCO. RAUL COIMBRA

**2.ª edição** (revista e aumentada) 1958 — pelo

PROF. FARMCO. E. DINIZ DA SILVA,

(Catedrático de Farmácia Galênica e Livre-docente de Farmacognosia na Universidade do Brasil).

432 páginas ★ Preço: Cr\$ 400,00



*Edição do*

**LABORATÓRIO CLÍNICO SILVA ARAÚJO S. A.**

Caixa postal, 163. End. Telegr. “BIOLABO” — Rio de Janeiro.

Em São Paulo pedidos a nossa filial à Rua Teixeira Leite, 292.

progresso das organizações hospitalares dos maiores centros científicos do universo. Com esse intuito, sem ultrapassar as fronteiras da Pátria, sem ter percorrido os núcleos cintilantes do velho mundo ou dos modernos centros norte-americanos, como é hábito fazer-se entre nós, mas somente graças ao estudo diário de revistas médicas especializadas, consegue estar a par de todas as descobertas e inovações científicas que, sem demora, são experimentadas em sua modelar clínica.

As reformas totais que executou no Serviço e a manutenção em tão alto padrão hospitalar de uma grande Clínica, foram possíveis graças ao temperamento de escol, ao espírito de sacrifício, ao trabalho perseverante, ao dinamismo ímpar e altamente eficiente de um verdadeiro sacerdote da medicina. Para as suas grandes realizações e manutenção da Clínica em tão elevado conceito somente tem-se valido do auxílio de amigos e clientes dotados de recursos, que lhe devem favores. Por isso, foi cognominado o "Pai dos Mendigos" e disto dá bem a idéia, a homenagem prestada por uma das nossas emissoras, conferindo-lhe a medalha de "honra ao mérito". Sim, Rei dos Mendigos, porque pede constantemente para os pobres da sua clínica, para os pobres cancerosos do Instituto do Radium, para os pobres em geral da Santa Casa, para todos os pobres onde a bondade apostólica do seu coração leva a docura do espírito cristão.

A sua Clínica dispõe de ótima biblioteca, uma das 25 catalogadas pela Reitoria da Universidade, fruto de dezenas de anos de perseverante trabalho, composta especialmente de mais de 50 revistas médicas, perfeitamente encadernadas, fichadas e catalogadas por bibliotecária de curso, além de uma seção de modernos tratados de cirurgia especializada. Está aberta aos estudiosos em geral, assistentes ou não da Clínica.

Nesse Serviço considerado modelar, uma das mais perfeitas organizações cirúrgicas do País, conseguiu o espírito dinâmico e organizador ímpar do nesso homenageado criar uma verdadeira escola de cirurgia que, através dos tempos, vem disseminando por

todos os rincões do nosso Estado e mesmo fora dele as sementes de novos núcleos da arte de Ambroise Paré. Somente o Hospital Municipal de São Paulo, na sua organização, pois foi o seu primeiro diretor clínico, levou-nos mais de 15 experimentados cirurgiões, clínicos, analistas e anestesiistas. Pela sua modelar escola, passaram centenas de cirurgiões, muitos hoje chefes de clínica de outros setores da Irmandade, diretores de centros hospitalares por esse Brasil afora e alguns, orientando as suas atividades para os meios universitários, atingiram os mais elevados postos na docência ou na Cátedra.

A sua Clínica conta habitualmente mais de 30 assistentes, todos seus amigos e colaboradores que, orientados desde o seu ingresso, vão fazendo carreira dentro do Serviço até atingirem a chefia de grupos cirúrgicos. O tirocinio aí adquirido em poucos anos, aos bem intencionados, é vultoso, eis que são praticadas cerca de 1.000 operações por ano. Como corolário dessa magnífica organização, dirigida por tão sábio experimentado timoneiro, resulta o rendimento científico. O chefe, perfeito manejador, dá o exemplo. O seu curriculum assinala quase uma centena de publicações valiosas em revistas médicas nacionais e estrangeiras, além de numerosas conferências, relatórios, moções e discursos pronunciados nos congressos e sociedades médicas. Destarte, os seus assistentes, orientados na discussão de casos clínicos, na leitura e comentário das mais renomadas revistas médicas vindas dos mais acatados centros médicos do Universo, em reuniões que se processam há mais de 30 anos, às quintas-feiras, conseguem uma produção científica honesta e de apreciada repercussão nos meios médicos nacionais e estrangeiros. Assim, nos últimos anos, a Clínica produziu acima de 3 centenas de comunicações científicas, artigos e relatórios oficiais em congressos médicos. É de notar que, nesse período, em quase todos os conclaves de cirurgia, ginecologia e urologia realizados em qualquer parte do País, a Clínica fez-se representar com apreciadas comunicações. Este resultado somente foi possível graças à organização do Serviço e ao

incentivo sempre entusiástico do seu chefe. Estão aí as suas últimas e numerosas publicações, notáveis pesquisas de história da medicina, lições eruditas, jóias literárias, onde o seu fino espírito, beneditivamente vem burilando perfis das maiores figuras da medicina brasileira. Iniciou a série com o notável estudo sobre "Candido Borges Monteiro" — "Visconde de Itauna" — o realizador da célebre intervenção da ligadura da aorta abdominal, considerada na história da medicina, um dos mais ou-sados atos cirúrgicos da época (1842). A sua extraordinária habilidade de trabalho, a invejável destreza de cirurgião emérito, a capacidade pouco comum em realizar notáveis intervenções cirúrgicas em tempo escasso, o exemplo dignificante e invulgar de participar ativamente de congressos médicos de caráter internacional, realizando nas primeiras horas da manhã demonstrações cirúrgicas de larga envergadura, demonstram a integridade de sua capacidade de trabalho, espírito jovem de sua inteligência e a extraordinária resistência física.

A solenidade de hoje assume aspecto todo especial: o seu 80.º aniversário natalício é estigmatizado pela inauguração de dois notáveis melhoramentos: modelar sala de cirurgia no segundo pavimento e "Auditório Ayres Netto". Este, dotado dos mais modernos e confortáveis meios para o ensino, será o local onde semanalmente se reunirá o "Centro de Estudos Ayres Netto", onde conferencistas especialmente convidados serão ouvidos e onde se processarão os cursos de aperfeiçoamento habitualmente realizados na Clínica.

Meu caro chefe, amigo e companheiro Dr. José Ayres Netto. Nós aqui presentes, os vossos companheiros de Serviço, os vossos alunos, os vossos amigos, os ilustres membros da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia, não vimos aqui simplesmente para a solenidade inaugural de novos setores da vossa Clínica. Nós é que estamos sendo festejados, honrados e lisonjeados pela sublime bênção que a Divina Providência nos proporciona de poder receber sábias lições e da satisfação de participar do convívio diário com o vulto duma

das mais expressivas figuras da medicina brasileira, por todos os títulos comparável às mais respeitadas figuras que a Pátria tem consagrado".

#### *O médico da Santa Casa*

Falou em seguida o Dr. Paulo de Godoy, diretor clínico dos Hospitais da Santa Casa, que enalteceu a figura do Dr. Ayres Netto.

Após o descerramento da lápide de mármore alusiva ao ato, falou o Dr. Raif Simão, um dos jovens assistentes da Clínica.

O Dr. Ayres Netto agradeceu, em singelas palavras, as homenagens recebidas, bem como a presença dos amigos, dos representantes de instituições médicas, das senhoras do Centro Feminino do Instituto Arnaldo Vieira de Carvalho, que, por intermédio de D. Antonieta Ferraz Diniz, ofereceram um ramalhete de flores à sra. Ayres Netto, das senhoras da Associação Maternidade de São Paulo e aos seus colegas e companheiros de labuta na sua Clínica da Santa Casa.

As novas instalações foram visitadas pelas inúmeras pessoas presentes e, em seguida, serviu-se um coquetel oferecido pelos médicos.

#### *Homenagem dos assistentes*

Em nome dos assistentes cumprimentou o aniversariante o Dr. Raif Simão:

"Acostumados por força da profissão, às situações das mais difíceis, deparamo-nos hoje diante de uma, que apesar de sumamente honrosa, talvez seja a mais espinhosa: ferir a modéstia de pessoa ilustre e benemérita, saudando-o em nome do corpo clínico da Primeira Clínica de Mulheres, o nosso magnífico chefe e amigo, Dr. José Ayres Netto.

Dr. Ayres, a Primeira Clínica Cirúrgica de Mulheres da Santa Casa de São Paulo rejubila-se no dia de hoje pelo vosso natalício. Os vossos assistentes, agregam-se num único ideal, o de continuar e levar avante o vosso trabalho. Trabalho este iniciado no longínquo ano de 1902, quando atravessastes pela primeira vez os portões da Santa Casa de São Paulo, com um pensamento, o de pra-

ticar uma medicina honesta aos que dela necessitam.

Dr. Ayres, conseguistes o vosso ideal e fostes além de qualquer outro. Exemplo mais lido é a vossa obra, é o Instituto Arnaldo Vieira de Carvalho, a Policlínica de São Paulo, a Academia Paulista de Medicina e também o bloco feminino deste hospital, construído graças ao vosso esforço e dedicação. Nêle fizestes da Primeira Clínica Cirúrgica de Mulheres a pupila dos vossos olhos. Maior prova que a vossa frequência diária e ininterrupta a este Serviço não há.

Criastes nesta Primeira Clínica Cirúrgica de Mulheres, um incentivo ao trabalho honesto e bem orientado, contaminando com o vosso espírito jovem e progressista, dezenas de jovens médicos que aqui vieram buscar orientação e ânimo para a prática da cirurgia.

E dentre estes privilégios, encontramos e rejubilamo-nos em pertencer a este Serviço que por merecimento e justiça leva vosso ilustre

nome como uma bandeira de honestidade, capacidade profissional e benemerência, demonstradas nos quase 60 anos de labuta diária em favor daqueles que aqui vêm em busca de maior esperança, a saúde.

Nada vos fadiga, nada vos dobra, nada vos esmorece, sempre a mesma solicitude para com os doentes, sempre o mesmo desvelo para com os assistentes. Tão talhado vos fez a Providência para esta conjuntura quase divina, que nem um momento perturba a vossa trajetória grandiosa e não cessais de derramar torrentes de luz benéfica e confortadora.

Que o reconhecimento de vossos assistentes, demonstrado neste auditório que tem gravado no mármore, para sempre, o vosso ilustre nome, seja sempre para nós um estímulo para continuação de vossa excelsa e grandiosa obra.

Dentro do "Auditório Ayres Netto" a chama do vosso ideal estará sempre acêsa para nos alimentar de ciência e incentivar o aprimoramento da Medicina".

## Sanatório São Lucas

**Homenagem a médicos estagiário e interno.** — Por ocasião do término do estágio hospitalar de aperfeiçoamento do Dr. Eduard Dolder, da Suíça, e do internato do Dr. Yoshikiti Kanashiro, os médicos do Sanatório São Lucas prestaram significativa homenagem aos distintos médicos, pela maneira eficiente com que desempenharam as suas atividades.

Nessa oportunidade, o Dr. José Saldanha Faria fez a seguinte saudação, em alemão, ao Dr. Eduard Dolder:

"Mein lieber Eduard, lieber Kollege.

Es ist immer ein Grund, um traurig zu sein, wenn wir uns von einem Freund verabschieden.

Heute aber feiern wir mit Freude diesen Abschiedsaben-

dessen, nur aus dem Grund des Zusammenseins an welchem fast alle Kollegen des Sanatoriums S. Lucas ihre Ehrungen darzubringen pflegen, fuer denjenigen der sich aus unserem Zusammenleben zurueckzieht.

Lieber Eduard, morgen schon verlaesst du uns, um nach deinem Heimat land der schoenen und verfuehrerischen Schweiz zurueckzukehren.

Du wirst Sehnsucht hinterlassen, sei es in deiner Personalitaet als Mensch, sei es als Arzt in welchem Du unsere Bewunderung u. Achtung erworben hast.

Wie bis heute, moege auch in Zukunft, Gott dich als der erfahrene Meister fuehren.

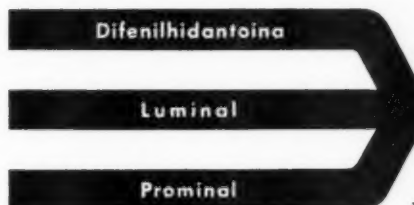
Gute Reise, Lebewohl."





Difenilhidantoina

Prominal



Difenilhidantoina

Luminal

Prominal

**COMITAL** *L*

Embalagens de  
**Comital e Comital "L"**  
Vidros com 30, 100 e 500  
comprimidos de 0,15 g



A CHIMICA **Bayer** S.A.  
Rio de Janeiro



A seguir o orador proferiu uma saudação, em japonês, ao Dr. Yoshikiti Kanashiro dizendo o seguinte:

Kyo wa, warewareno gakuyû,  
KANASHIRO-KUN no, sobetsukai  
ni resseki dekita koto o, ure-  
shiku omoimassu.

Nagai aida tomo ni manan-  
da gakuyû o okuridassu koto-  
wa hijô ni kanashii koto de  
arimassu.

Shin-ai naru KANASHIRO-KUN!  
Kimiwa ashita kara jisyakai ni  
mukatte sussunde yukunoda,  
shorai, isha to naru beku, kimi  
wa kyo made, ware-ware to  
tomonai mananda koto o ikan  
naku hakki shite kure tamae.

Owari ni nozomi, kimi no  
shorai o shukufuku shi, go-  
seikô o tyushin kara inotte ya-  
manai shidai de arimassu.

## CONGRESSOS MÉDICOS

### X Congresso Nacional de Tuberculose e V Congresso Brasileiro de Doenças Torácicas

**Atividades do Congresso.** — 156 comissões originais sobre problemas da tuberculose no País. — Instalaram-se no dia 22 de junho do corrente ano, com uma sessão solene realizada na sede da Associação Paulista de Medicina, o X Congresso Nacional de Tuberculose e o V Congresso Brasileiro de Doenças Torácicas. À tarde, os congressistas prestaram homenagem ao Dr. Clemente Ferreira, depositando em seu túmulo, no cemitério da Consolação, uma coroa de flores. Foram depois recebidos pelo governador e compareceram a um coquetel oferecido pela Associação Paulista de Medicina. A parte científica dos Congressos iniciou-se no dia seguinte.

#### 156 comunicações

Numa semana de estudos serão apresentadas 156 comunicações originais sobre problemas da tuberculose e moléstias pulmonares, compreendendo diagnóstico, tratamento, organização de sanatórios e recuperação psico-somática dos doentes. Sete dessas comunicações referem-se ao primeiro tema oficial, "Problemas médicos, cirúrgicos e sociais dos processos residuais de tuberculose pulmonar resultante de tratamento". Ao mesmo

tema 10 correlatores apresentarão as experiências das entidades hospitalares e de beneficência que representam.

Sobre o segundo tema, "O Hospital na Luta contra a Tuberculose no Brasil", foram apresentadas oito comunicações. Serão 14 os correlatores desse tema, importantíssimo, já que das conclusões a que chegarem os especialistas poderão decorrer as novas tendências de organização de hospitais para tuberculosos no Brasil.

Ao terceiro, tema finalmente, "Novos rumos da tuberculose no Brasil", foram apresentadas 12 comunicações, e serão 10 os seus correlatores.

Serão apresentadas 31 comunicações sobre temas livres, "Exploração funcional do pulmão", "Cirurgia da tuberculose" entre outros. As demais comunicações apresentadas ao congresso, 55, são dirigidas ao "American College of Chest Physicians". Sábado, serão lidos os trabalhos dos quatro correlatórios ao "Chest", e finalmente preparar-se-á o relatório a ser enviado a importante sociedade especializada.

#### 270 participantes

Duzentos e trinta médicos e pesquisadores de todo o País partici-  
pa-

ram das discussões dos congressistas. Muitos desses estão diretamente ligados aos órgãos oficiais estaduais e federais encarregados da luta anti-tuberculosa no Brasil. O conclave permitirá que se possa ter uma visão de conjunto do problema no Brasil, de forma que se possam firmar normas para o desenvolvimento da campanha contra o mal.

### **Programa do dia 23**

O programa do dia 23 dos Congressos iniciou-se às 8 horas, com a apresentação dos trabalhos dos corretores ao primeiro tema, "Problemas médicos, cirúrgicos e sociais dos processos residuais de tuberculose pulmonar resultante de tratamento", e que são os seguintes: 1) Associação Paulista de Moléstias Pulmonares, Drs. Daud Abuchalla, Manoel Ferraz Faria e Mozart Tavares de Lima Filho; 2) Centro de Estudos dos Médicos da Divisão de Tuberculose; Dr. Gabriel Martins Botelho; 3) Departamento de Tisiologia e Moléstias Pulmonares da APM, Drs. Radyr de Queiroz, Walter Pelegatti, José Azevedo Passos, José Padovan, Silvio Rios, Almir Cortes, José Walter Sprovir, Fumio Chiba e Marcos Assis Figueiredo; 4) Liga Paulista Contra a Tuberculose, Dr. Amaury Louzada Velloso; 5) Sociedade Fluminense de Tisiologia, Dr. Nelson Santos Pena; 6) Sociedade Cearense de Patologia Respiratória, Prof. Gilmar Mourão Teixeira, Drs. João Elisio de Holanda e Eldair Santos Satiro; 7) Sociedade Mineira de Tuberculose, Dr. Antonio de Oliveira Lucena; 8) Sociedade Paraense de Tisiologia, Dr. Oscar Miranda; 9) Centro de Estudos Professor Pereira Filho, Dr. Paulo Marchesi; 10) Centro de Estudos do Hospital Santa Maria, Dr. Leonidas Braga Dias.

### **Comunicações**

Ainda no mesmo dia, foram apresentadas as seguintes comunicações ao primeiro tema oficial: "Aspectos dos problemas sociais dos processos residuais da tuberculose pulmonar resultantes do tratamento no IAPC (Delegacia do Paraná)", Dr. Dirceu Rodrigues Dalledone, Ana Maria Majewski e Odete Maciel Magalhães; "Trata-

mento cirúrgico das cavidades císticas pela cistografia", Dr. Caius Vinicius Raposo da Camara; "Conceito de tuberculose pulmonar inativa", Considerações sob o ponto de vista bacteriológico", Drs. Lindorf Nogueira Carrizo, Manoel Ferraz Faria e Manoel Conde; "Os quadros residuais da tuberculose pulmonar na criança", Drs. Mozart Tavares de Lima Filho e Daud Abuchalla; "As imagens bolhosas na tuberculose pulmonar na criança", Drs. José Carlos da Silveira e Mozart Tavares de Lima Filho; "Revestimento gigantocitário de cavernas macroscopicamente saneadas", Drs. Flávio Poppe de Figueiredo, Domingos Paula e Leonidas Braga Dias; "Prognóstico cirúrgico na ressecção pulmonar por tuberculose. Elementos para sua avaliação", Dr. Jesse Teixeira.

### **Temas livres**

As 9 e 30, foram apresentadas sete comunicações sobre temas livres, e que são as seguintes: "Exploração da função ventilatória em pneumonectomizados: estudo espirográfico", Drs. Henrique E. Jouval, Zillah P. Coutinho e Custódio de Souza; "Exploração da função ventilatória em pneumonectomizados: volume residual", Drs. Henrique Jouval, Zillah P. Coutinho e Custódio de Souza; "Exploração da função ventilatória em pneumonectomizados: correlações radiológicas", Drs. Henrique E. Jouval, Zillah P. Coutinho e Custódio C. de Souza; "Exame dos pulmões em separado no C. S. de Curicica e H. S. S. Maria", Dr. José Ribeiro Coelho Filho; "Classificação dos distúrbios ventilatórios dos candidatos à intervenções cirúrgicas do tórax", Dr. José Ribeiro Coelho Filho; "Sílicose e função pulmonar", Dr. Diogo Pupo Nogueira; "Os índices de esforço nas provas de função pulmonar", Dr. Diogo Pupo Nogueira.

### **Conclusões**

As 20 e 30 do dia 23, foram apresentadas ainda dois trabalhos de corretores ao primeiro tema: 1) Cátedra de Tisiologia da Universidade do Brasil, Drs. Milton Costa, Fontes Magarão e Helio Fraga; 2) Sociedade Paranaense de Tisiologia, Drs. João

Luis Bottega, Armando Tramujas e Dirceu Dalledone. O primeiro tema será então discutido.

#### A SESSÃO INAUGURAL

Com a presença do ministro da Saúde, Dr. Mário Pinotti, foram instalados, no dia 22-6-58, às 20 e 30, em sessão solene, no auditório da Associação Paulista de Medicina, o X Congresso Nacional de Tuberculose e o V Congresso Brasileiro de Doenças Torácicas. Estiveram ainda presentes as seguintes autoridades: Dr. Fauzi Carlos, secretário da Saúde, representando o governador Jânio Quadros; D. Vicente Zioni, representando o cardeal de São Paulo, D. Carlos Carmelo de Vasconcelos Mota; senador Reynaldo Fernandes; Dr. Nelson Etienne Douat, presidente do IX C.N.T.; Dr. Antonio Abumabman, presidente do IV Congresso Brasileiro de Doenças Torácicas; Dr. Danilo Tschedel, presidente da Sociedade de Tisiologia e Mauricio Teichvold, representante do Prof. Manoel de Abreu e regente do "Chest" no Brasil, além dos Drs. Mozart Tavares de Lima, presidente do X C.N.T. e Euryclides de Jesus Zerbini, presidente do C.B.D.T.

Abriu a sessão o Dr. Mozart Tavares de Lima que anunciou as respectivas autoridades e posteriormente passou a palavra ao Dr. Mário Pinotti.

#### *Discursa o ministro*

Disse a princípio o ministro da Saúde, da satisfação com que inaugurava os trabalhos daquele certame.

Em 1952 — continuou — ano em que foi fundada a Campanha Nacional de Combate à Tuberculose, a luta de combate à peste branca intensificou-se e nestes últimos anos vemos, pelo quadro estatístico, que o índice de mortalidade nas grandes capitais caiu consideravelmente.

Mais adiante, disse tratar-se a tuberculose de uma doença de massa e que exige métodos de medicina de massa para que se possa penetrar a fundo no componente infectuoso de sua ocorrência. Isto não significa

que a clínica, o laboratório, os raios X e a anatomia tenham perdido os seus méritos. Nada disso. O que se dá, pelo contrário, é a sua utilização orientada para a profilaxia, em dinamismo de ação.

Ressaltou, a seguir, as vantagens do BCG e da Abreugrafia, dizendo que ao BCG deve, todavia, caber a função profilática que lhe consagrou a experiência no mundo inteiro, enquanto a "abreugrafia", visando o tratamento precoce, deu ao Brasil um lugar de realce no campo da tuberculose.

Finalizando, declarou que se o Brasil se desenvolver econômica e socialmente, o mal da tuberculose será de uma vez por todas varrido dos campos médicos que ainda lutam para combatê-la.

#### *Fala o Dr. Mozart*

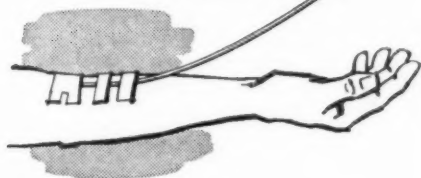
O Dr. Mozart Tavares de Lima, após ter traçado um histórico do Congresso, passou a relatar sobre os dados estatísticos da mortalidade que aumenta dia a dia.

Falou também das precárias condições em que se acham as organizações hospitalares, as quais "mais se parecem com hotéis que possuem hóspedes permanentes". Isto porque as casas de saúde de que dispomos acham-se completamente lotadas de doentes cujos casos já estão por demais avançados, enquanto outros, que precisam de um lugar naqueles nosocomios, portadores de casos mais precoces de pronta cura, não conseguem.

#### *Entrega de medalhas*

Interrompendo a ordem dos oradores foi feita a entrega de duas medalhas. A primeira medalha "Clemente Ferreira", foi conferida ao diretor do Hospital "São Luiz Gonzaga", de Jacanã, Dr. Fleury de Oliveira, pelo reconhecimento dos ensinamentos que receberam vários tisiologistas brasileiros. E a segunda, "Ataulfo Paiva", foi conferida à Associação dos Sanatórios Populares de Campos do Jordão, recebida pelo Dr. Nestor Ferreira da Rocha.

**do laboratório...  
ao paciente**



**oferecem sempre**

- \* pureza inexcelável
- \* precisão invariável
- \* confiança absoluta

**SOLUÇÕES**

**BAXTER**

Até chegar ao paciente, as Soluções Baxter passam por toda uma série de rigorosíssimos testes para lhes assegurar o mais alto padrão de qualidade. Eis porque a Classe Médica confia nas Soluções Baxter - o máximo em terapêutica parenteral de dosagem maciça.

**SOLUÇÕES BAXTER**

Fabricadas no Brasil por

**INDÚSTRIAS QUÍMICAS MANGUAL S. A.**

Matriz: Rio de Janeiro - R. Real Grandeza, 293 - Tel.: 46-8050 - Cx. P. 3.705 - Teleg.: "Picot"  
Laboratórios: Duque de Caxias (RJ) - Rua Campos, 543

Filial: São Paulo - Rua Manoel Dutra, 218 - Telef.: 32-9826 - Enderço Telegráfico: "Baxter"

**Outros discursos**

Falaram a seguir Fause Carlos, secretário da Saúde; Nelson E. Douat, presidente da F.B.S.T.; Antonio Jorge Abumabman, presidente do último Congresso de Doenças Torácicas; Euryclides de Jesus Zerbini, presidente do V C.B.D.T. e Danilo Chaidel, em nome dos congressistas visitantes.

**Entrega de diplomas**

O Dr. Mauricio Teichvoltz, regente do "Chest" do Rio de Janeiro, fez a entrega de vários diplomas aos novos membros do "Chest".

Findos os trabalhos, a sessão foi encerrada pelo Dr. Mário Pinotti, ministro da Saúde, que agradeceu a todos o convite.

**ASSUNTOS DE ATUALIDADE****Úlcera Gástrica**

**Sôbre a metamorfose da úlcera gástrica.** Drs. Daniel Serrão e José Marinheira Monteiro. — Os autores, depois de reverem a literatura acêrca do problema da transformação carcinomatosa da úlcera gástrica, estudam 47 casos entre 1.093 de úlceras (43 p. 100) arquivados no Laboratório de Anatomia Patológica da Faculdade de Medicina do Pôrto (Prof. Amândio Tavares).

Preconizam o uso do critério histológico para fundamentar estudos sôbre a freqüência da cancerização da úlcera, pois é o único que pode provar, com segurança, a existência concomitante das duas lesões.

Com êsse critério observaram metamorfose maligna apenas em úlceras calosas e na percentagem de 9,3 (47

úlceras cancerizadas em 507 úlceras calosas), sem diferença significativa com o sexo; a freqüência de cancerização consoante a localização é de 50 p. 100 para a grande curvatura, 25,9 p. 100 para a região pré e juxta-pilórica, 16,7 p. 100 para a parte vertical da pequena curvatura, 11,8 p. 100 para o antro e 3,3 p. 100 para o piloro; a freqüência de aparecimento da úlcera cancerizada nos diferentes segmentos do estômago foi, nos casos estudados, a seguinte: 78,7 p. 100 na pequena curvatura, 12,8 p. 100 no antro pilórico e 2,1 p. 100 no piloro e na grande curvatura. Averiguou-se um acréscimo significativaativo do número de úlceras cancerizadas com a idade (Transcrito da separata de "O Médico" n.º 304, 1957, Pôrto, Portugal).

**METROLINA**

Antissético Ginecológico — Bactericida —  
Adstringente — Aromático



LABORATÓRIO QUÍMICO-FARMACÊUTICO  
**HUGO MOLINARI & CIA. LTDA.**

RIO DE JANEIRO: Rua da Alfândega, 201. Telefone 43-5421. Caixa Postal, 161  
SÃO PAULO: Rua da Glória, 176. Telefone 32-4228. Caixa Postal, 949

## Existem 1.236.000 médicos no mundo

**Informação da Organização Mundial de Saúde.** — Informa a Organização Mundial de Saúde que há atualmente no mundo 1.236.000 médicos para cuidar de uma população total de cerca de 2.700.000.000. Há, por outro lado, 638 escolas de Medicina, nas quais se formam anualmente 67.000 novos médicos. Acrescenta a

informação que só há 14 países, onde a situação é tão favorável que, para cada grupo de 1.000 habitantes, ou menos, há um médico; e 22 outros, onde a proporção é de um médico para 20 mil ou mais habitantes. Entre esses dois extremos, o resto do mundo apresenta grandes variações na relação médico-pacientes.

## Fundação Manoel de Abreu

Acaba de criar-se em Caxias do Sul, a Fundação Manoel de Abreu, Centro de Pesquisas Radiológicas que tem como diretor o Dr. Giovanni M. Scavino e como assistente científico o Prof. Dr. Lidio G. Mosca, diretor da Fundação Roentgen de Buenos Aires.

Esta Fundação desenvolverá suas atividades com o acesso a uma diretoria científica integrada pelos seguintes membros: Profs. Alvaro Barcelos Ferreira, Elias Kanan, Artur Mikelberg, Geraldo Escostegui.

A Fundação Manoel de Abreu, é um Centro de Pesquisas Radiológicas destinado ao desenvolvimento das diversas atividades relacionadas com especialidades.

**Cursos de especialização e aperfeiçoamento em Radiologia.** — A este centro poderão dirigir-se os médicos que queiram especializar-se e aperfeiçoar-se em Radiologia; no final de cada curso serão expedidos os diplomas correspondentes.

**Cursos de Radiologia.** — Periódicamente, a Fundação Manoel de Abreu, realizará cursos de aperfeiçoamento em Radiologia, nas diversas cidades do Brasil.

**Pesquisas Radiológicas — Publicações.** — A Fundação Manoel de Abreu, realizará pesquisas acerca de novos

métodos de radiodiagnósticos. Os resultados serão publicados em revistas médicas do Brasil e do exterior. Os médicos interessados em conhecer estes trabalhos, poderão solicitar separados dos mesmos, dirigindo-se ao diretor da Fundação Manoel de Abreu.

**Orientação Técnica Bibliográfica.** — A Fundação Manoel de Abreu, prestará além disso, assistência técnica e bibliográfica aos colegas que a requisitarem para a realização de trabalhos científicos, trabalhos originais, casuísticas e trabalhos de tese.

**Consulta de Clínica Radiológica.** — Os colegas residentes no Brasil poderão remeter a documentação clínica radiológica de seus pacientes nos casos em que desejem consultar o comitê científico da Fundação Manoel de Abreu.

**Biblioteca de Radiologia.** — A Fundação Manoel de Abreu, iniciará a publicação de monografias que versarão sobre temas práticos de clínicas radiológicas e nos quais serão expostos os últimos progressos da especialidade.

**Prêmios.** — A Fundação Manoel de Abreu, instituirá prêmios anuais para os melhores trabalhos sobre clínica radiológica. Para maiores informações, dirijam-se à Caixa Postal 182, Caxias do Sul.



## Sociedade Brasileira de Abreugrafia

**Eleição e posse de Diretoria.** — Em sessão de 11 de junho do corrente ano, da Sociedade Brasileira de Abreugrafia, foi eleita e empossada a nova Diretoria que regerá os destinos dessa Sociedade e que ficou assim constituída: *Presidente*: Dr. Sylvio Lemos do Amaral. *Vice-Presidentes*: 1.º Dr. Mário de Mello Faro (São Paulo); 2.º Dr. Edmundo Blundi (Distrito Federal); 3.º

Dr. Antônio Jorge Abunahm (Estado do Rio); 4.º Dr. Dilermando Leite Corrêa (Minas Gerais); 5.º Dr. Dirceu Rodrigues Dalledore (Paraná). *Secretário Geral*: Dr. Geraldo Nogueira de Castro. 1.º *Secretário*: Dr. Argos Meirelles; 2.º *Secretário*: Dr. Olavo Pazzanese. 1.º *Tesoureiro*: Dr. Cassio Santos Braga; 2.º *Tesoureiro*: Dr. Manoel Conde.

## LITERATURA MÉDICA

### Apreciações

**A Cirurgia no Sanatório São Lucas.** Vol. I, Primeira Parte, 1939-1949. São Paulo Editora S. A., 1955.

Con este primer volumen ve cristalizado el Sanatório São Lucas su proyecto de publicar los trabajos realizados por los médicos de este hospital dentro de su primera década de existencia.

Con este y los siguientes volúmenes que saldrán a la luz intenta el Sanatório São Lucas reunir los trabajos de mayor interés ya publicados por los miembros de su cuadro médico, principalmente los que se refieren a la orientación quirúrgica seguida en los diferentes servicios de este hospital. En la selección de estos trabajos se da preferencia a los que contienen una cierta casuística y a los que constituyen algo más que una simple revisión de temas.

Luego de una pequeña introducción a guisa de presentación, y de hacer constar los nombres de los colaboradores en este volumen, se hace una reseña histórica del nacimiento y progreso del hospital, con una descripción del régimen interno de gobierno, de la dirección, del cuadro médico, de los distintos departamentos médicos, de la administración y del trato

directo a los enfermos, con normas para la recepción de visitantes.

Sucesivamente saldrá un segundo volumen, y los siguientes irán apareciendo sin orden de periodicidad determinado. M. A. (Transcrito da Revista Prática Médica, segunda época, março 1957, ano V, n.º 51).

**Aspectos médico-legais dos acidentes de trânsito.** — Por Paulo de Albuquerque Prado, publicado na "La Reforma Médica" — Giornale Settimanale di Medicina, Chirurgia e Scienze Affini. Napoli. Ano LXXII. 22 Febbraio 1958. — O autor inicialmente se refere ao grande número dos acidentes de trânsito, praticamente inevitáveis nas grandes metrópoles e apregoa as vantagens das campanhas contra os acidentes, levadas a efeito em São Paulo, com a colaboração da imprensa, do rádio e da televisão. Essas campanhas visam a educação dos motoristas e dos pedestres.

Refere-se aos exames periódicos de saúde física e mental dos motoristas e do rigor que deve haver na seleção inicial dos candidatos a cartas de motoristas, principalmente no tocante ao aspecto médico.

Valiosa  
fórmula farmacêutica  
de um eficiente antibiótico  
e amplo espectro.



# ACROMICINA

Cloridrato de Tetraciclina HCl Lederle

# INTRAMUSCULAR

- Fácil administração
- Concentrações sanguíneas eficazes
- Reação terapêutica imediata
- Efeitos secundários desprezíveis
- Rápido controle da infecção



LEDERLE LABORATORIES DIVISION  
Cyanamid Inter American Corporation

49 West 49th Street, New York, 20, N. Y.

® Marca Registrada

DIVISÃO LEDERLE — CYANAMID QUÍMICA DO BRASIL S. A.  
RIO: Av. R. Branco, 131 - 21.º and. - SÃO PAULO: R. Lapaés, 326

As perturbações psíquicas devem ser mais bem pesquisadas, pois envolvem questões de responsabilidade criminal. O alcoolismo deve ser combatido rigorosamente.

Estabelece as diferenças entre os crimes dolosos e culposos cometidos por motoristas, autores de acidentes e os verdadeiros acidentes de trânsito. A assistência à vítima sempre atenua a pena.

Analisa o artigo 121 § 4.º do Código Penal e suas consequências. Se o motorista fôr médico e deixar de prestar socorro à vítima, a gravidade

aumenta e incorre em desrespeito ao juramento de Hipócrates.

Por fim, nos casos de acidentes em que o autor foge e deixa vestígios no local, o autor lembra os métodos usuais da perícia criminalística, tais como a difração dos raios X, a espectrofotometria e a eletroforese, métodos comparativos muito eficientes. As manchas de sangue no veículo apreendido poderão confirmar as suspeitas, com as provas dos tipos sanguíneos, do Rh, do MN, etc. Pode haver também exclusão da responsabilidade.

## Separatas e folhetos recebidos

**Estimation of blood loss in hook-worm infestation with Fe<sup>65</sup>: Preliminary report** — Th. Gerritsen, H. J. Heinz, and G. H. Stafford. Reprinted from Science, march 26, 1954, Vol. 119, n.º 3091, pages 412-413.

**Exentração pélvica no câncer** — Dr. Azael Simões Leistner. Separata da Revista de Medicina e Cirurgia de São Paulo. Vol. XVII, n.ºs 11-12, 1957.

**Fat intake, serum cholesterol concentration, and atherosclerosis in the South African Bantu, II, atherosclerosis and coronary artery disease** — By J. Higginson and W. J. Pepler. Reprinted from The Journal of Clinical Investigation, Vol. XXXIII, n.º 10, pp. 1306-1371, october 1954. Printed in U.S.A.

**Massive oesophageal haemorrhage** — R. Zenker, Director of the Department of Surgery, University of Marburg/Lahn. Reprint of German Medical Monthly. Vol. II, n.º 6, pages 165-168, 178-179.

**Parenteral magnesium sulphate therapy in coronary heart disease** — Reprinted from Medical Proceedings — Mediese Bydraes, Vol. 2, n.º 17, 10 november 1956, p. 596.

**Prevention of Paralytic poliomyelitis (The)** — James Gear, Public Health, january 1957.

**Primary treatment with special reference to the mortality and hospitalization time II Dextran concentration, electrolytes, blood volume and total hemoglobin III the serum protein pattern and nitrogen metabolism (The)** — By Gunnarbirke, Sten-Otto Liljedahl and Lars Troell. Acta Chirurgica Scandinavica, supplementum 228, Stockholm 1957.

**Rehidratación post-operatoria (The)** — Dr. José Schavelzon. Apartado de los Boletines y Trabajos de la Sociedad Argentina de Cirujanos, Año X, n.º 15, Sesión del 22 de agosto de 1949. Buenos Aires.

**Resistant Rickets** — H. Stein and W. M. Politzer. Reprinted from Medical Proceedings — Mediese Bydraes, Vol. 2, n.º 14, 29 september 1956, pp. 502-506.

**Results and indications of the pericardial resection for chronic pericarditis** — R. Zenker. Minerva Cardioangiologica Europea. Anno II, n.º 2, agosto 1956.

**Suero salino hipotonico como coadyuvante en el tratamiento de la hemorragia aguda** — Dr. José Schavelzon. Publicado en el Boletín de la Soc. Arg. de Cirujanos, n.º 18, sesión del 28 de agosto. Buenos Aires, 1950.

**Tratamento dos distúrbios gástrico-funcionais com uma combinação Beladona-Fenobarbital de liberação prolongada** — Dr. Daniel Santor, Berlin, N. J., E. U. A. — Versão portuguesa do artigo original publicado no J. M. Soc. New Jersey 54 (2): 53-55, Fev. 1957.

**Tromboangeite obliterante** (Considerações clínicas sobre 31 casos) — Dr. Fuad Al Assal, Prof. E. Vascon-

celos e Ddo. Theophilo S. Reiff. Separata dos Arquivos de Cirurgia Clínica e Experimental, Vol. XVIII, n.º 4, 1955.

**Unusually early manifestations of porphyria cutanea tarda** — H. D. Bernes J. Frootko and J. L. Parnell. Reprinted from the South African Medical Journal, Vol. 31, 6 april 1957, pages 342-344. Johannesburg.

# RUBROMALT

*Extrato de malte*  
*Com as Vitaminas B<sub>12</sub>, A e D*  
*Complexo B, Extrato de Fígado,*  
*Aminoácidos e Minerais.*



INSTITUTO TERAPÊUTICO ACTIVUS LTDA.  
Rua Pirapitinguí, 165 — São Paulo, Brasil

## INSTITUTO RADIOLÓGICO “CABELLO CAMPOS”

### Radiodiagnóstico e Radioterapia

**Diretor: Dr. J. M. CABELLO CAMPOS**

(Do Colégio Brasileiro de Radiologia)



RUA MARCONI, 94 - 2.º andar — Telefone 34-0655  
SÃO PAULO

# FENASPIR

Fenergan e Ácido acetil-salicílico



A associação de Fenergan e ácido acetil-salicílico realiza uma verdadeira *sinergia medicamentosa*. O Fenergan *potencializa* os efeitos antiálgicos e antiinflamatórios do ácido acetil-salicílico, prolongando sua duração.



Afecções agudas ou crônicas das articulações: artrites, artralguas, poliartrites, reumatismos agudos e crônicos, periartrites — Enxaqueca, isolação, dores de cabeça, dentes, ouvidos e garganta — Nevralgias e mialgias, lumbagem, ciática, nevralgias cervico-braquiais, intercostais, zona — Gota, reumatismo gotoso, periflebites — Estados febris, gripe, resfriados, coriza aguda, asma — Doenças alérgicas em que a terapêutica salicilica seja eficaz — Cólicas menstruais — Insônias provocadas por algias.



Frasco de 20 comprimidos

Caixa de 100 comprimidos



*A marca de confiança*

## RHODIA

CAIXA POSTAL 8095 — SÃO PAULO, SP

## Circulação venosa colateral (\*)

Prof. ARNALDO MARQUES

(Catedrático de Clínica Propedêutica Médica da Universidade do Recife)

### 4) CONCEITO

Quando acontece haver impedimento nos territórios da veia porta e das cavas, o desague sanguíneo passará a se fazer por caminhos mais longos, às custas das veias tegumentares, que são em geral pouco calibrosas e mantêm anastomoses com os sistemas venosos profundos. Constitui-se então aquilo que na clínica chamamos de Circulação Venosa Colateral ou Suplementar e ainda, simplesmente "Circulação Colateral".

A circulação colateral é um dos mais importantes itens da semiótica clínica da pele; é muito de perto relacionada também com vários aparelhos orgânicos e em particular com o sistema cardiovascular no seu setor venoso.

Diante da constatação de veias salientes, em sítios onde normalmente são quase invisíveis, teremos de estabelecer a diferenciação entre as seguintes possibilidades: a) *Varizes* — vasos endurecidos, tortuosos, com entumescimentos irregulares, em geral situados nos membros inferiores; b) *Turgescência venosa localizada* preferencialmente no pescoço, por vèzes pulsáteis (pulso venoso) ou absolutamente imóveis (compressão); c) *Entumescimento venoso generalizado* — sempre mais visível nos membros superiores e podendo exprimir ora um fato patológico (hipertensão venosa na insuficiência cardíaca), ora um caráter constitucional ou mesmo uma deformação relacionada com o trabalho (operários, camponeses); d) *Verdadeira Circulação Venosa Colateral* — saliência venosa discreta e distribuída com especial sistematização na superfície do tronco.

Interessa-nos, aqui, tão sòmente esta última. Na sua exploração clínica tudo se resume quase a uma inspeção cuidadosa. É útil, contudo, completar os dados assim colhidos e lançar mão de algumas

---

(\*) Parte do Capítulo 8.º do livro didático *Manual de Semiologia*, a ser editado — Livraria Atheneu, Rio — 1958.

manobras clínicas. A aplicação da mão suavemente sobre uma veia entumescida, poderá mostrar a existência de uma sensação tátil especial, o frêmito vascular. Certos tipos de circulação colateral podem apresentar este frêmito venoso correspondendo ainda a um sópro de timbre suave; é o que sucede na cirrose com recanalização da veia umbelical, sede de dilatações do tipo varicoso, encontrada com mais freqüência nos indivíduos jovens (Síndrome de Cruveillier, Baumgartner).

A verificação do sentido da corrente nas veias comprometidas, é também de utilidade. Para realizá-la, pressionamos um pequeno trajeto venoso com dois dedos que se afastam lentamente; sem desfazer de todo a pressão libertamos alternadamente uma e outra das extremidades do vaso e apreciamos a prontidão e a intensidade com que se refaz o enchimento, deduzindo-se facilmente em qual dos sentidos circula o sangue. Esta manobra tão simples poderá ser ensaiada em qualquer veia do dorso da mão ou do pescoço e para dar melhores resultados, no caso de circulação colateral, deverá o doente ser examinado em meio decúbito ou mesmo sentado no leito. É também muito importante indagar da maneira como se desenvolveu uma circulação colateral verificada ao exame, bem assim relacioná-la no tempo e espaço com os demais sintomas presentes.

A perfeita compreensão do assunto não dispensa a recapitulação de algumas noções sobre a disposição normal da rede sanguínea nestas áreas e o mecanismo geral da suplência venosa.

É o que veremos resumidamente a seguir.

#### B) DA SUPLÊNCIA VENOSA NO TÓRAX E NO ABDOMEN

O conjunto das veias do tronco, pode ser compreendido em dois agrupamentos que são: o *Sistema Visceral* (veias cavas e porta) e o *Sistema Parietal*. Este por sua vez se subdivide em uma *rede parietal superficial* e outra, a *profunda*. Esta é situada na espessura da parede e formada principalmente pelas veias: Mamárias internas, Intercostais, Costo-axilares, Para-umbelicais xifóideas e epigástricas, além de um grupo especial, a Rede Venosa Para-Umbelical, que se relaciona mais de perto com a veia porta.

A *rede parietal superficial* é a mais interessante no ponto de vista semiológico, com vista às diferentes direções em que aí circula o sangue, normalmente.

No quadro sinótico abaixo, damos os principais detalhes deste retículo venoso do tecido celular, o qual se projeta com disposição segmentar predominando aqui ou ali, nos vários tipos de Circulação Colateral.



*Réde Venosa Superficial do Tronco:*

- |                                    |  |
|------------------------------------|--|
| 1) VEIAS SUBCUTÂNEAS ABDOMINAIS .. | { Externa, média e interna, desaguem na Femural. Direção da corrente sanguínea, para baixo.                                      |
| 2) VEIAS TORÁCICAS LONGAS .....    | { Desagua na Axilar e se anastomosa, em baixo, com umas das subcutâneas abdominais. Direção da corrente, para cima e para baixo. |
| 3) VEIAS MAMÁRIAS EXTERNAS .....   | { Desaguam na Axilar, na Subclávia e na Jugular. Direção para cima.  |
| 4) VEIAS XIFOIDIANAS .....         | { Comunicam-se com as Mamárias. Direção para cima.   |

A Suplência Venosa, sempre mais pronta e eficaz que a arterial, faz-se com facilidade e já existe, por assim dizer, em estado de latência. Se um tronco venoso visceral começa a ficar obstruído (compressão, trombose) ou a circulação se entrava por fibrose visceral (contração dos ramos iniciais), a réde venosa tegumentar passa prontamente a funcionar mais intensamente, para substituir a via sanguínea comprometida.

Se, por exemplo, é a veia cava superior que está impedida (por compressão extrínseca, geralmente) a circulação de retôrno se fará às custas das anastomoses das mamárias externas, e a turgência venosa se manifestará nas jugulares e nas tegumentares dos membros superiores. Estando o impedimento assestado na cava inferior ou nas ilíacas, são as anastomoses das subcutâneas abdominais que vêm em socorro e a circulação colateral será visível principalmente nas regiões das fossas ilíacas, hipogastro e raízes das côxas. Se no território da veia porta (cirrose, pileflebite, tumores vizinhos), é às custas das anastomoses partindo das veias xifoidéas que se vai realizar a suplência. Aliás, nesta última hipótese a coisa não é sempre tão simples; a síndrome de hipertensão porta que se constitui então, leva ao funcionamento forçado não só o plexo xifóide, mas a quase totalidade das veias tegumentares tóraco-abdominais, a réde profunda da parede anterior e sobretudo o retículo venoso para-umbelical, diretamente interessado, em tal emergência, e ainda as Veias Portas accessórias que comunicam o fígado com vários outros órgãos.

## C) CLASSIFICAÇÃO SEMIOLÓGICA

Afastando-nos do estilo clássico e simplificando talvez o assunto, descreveremos apenas três tipos de circulação colateral: Porta (I), Cava Superior (II) e Cava Inferior (III), cada um dêles com os seus sub-tipos ou variedades.

**I — Circulação colateral tipo porta.** — A veia porta formada na confluência das veias esplênicas, gastro-epiplóicas e mesaraicas, pode estar comprometida nas suas origens, no seu tronco ou nas ramificações intra-hepáticas. Em qualquer destas hipóteses (cirroses, tromboflebitas, compressões extrínsecas) constitui-se a síndrome de hipertensão porta, cujos sintomas principais são as hemorragias, ascite e a circulação colateral. O sangue proveniente das vísceras abdominais, não podendo transpor eficientemente o fígado para lançar-se na grande circulação, procurará outras vias, através das quais chegue a alcançar o coração.

É admitido de uma maneira geral, à base das descrições clássicas, que na obstrução porta as veias tegumentares engrossadas aparecem localizadas na parte média da face anterior do tronco, entre o umbigo e o apêndice xifóide, predominantemente à direita; apenas nos tipos chamados mistos (Porto-Cava) se modificaria esta disposição característica. Apreciando mais rigorosamente os fatos clínicos, autores modernos tendem a admitir, ao contrário, três variedades ou sub-tipos de circulação colateral, a saber: a) *Supra-umbelical*. A dilatação venosa está situada para cima do umbigo; o sangue circula de baixo para cima, e, através das veias tegumentares xifóideas e mamárias, chega às axilares; b) *Infra-umbelical*. A dilatação venosa está na metade inferior do abdomen, a partir do umbigo (sub-cutâneas abdominais); o sangue, dirigindo-se de cima para baixo, alcança a veia cava inferior através das femurais; c) *Peri-umbelical* ou Misto. A dilatação venosa é difusa, predominando nas áreas em torno do umbigo e o sangue dirige-se no duplo sentido (para cima e para baixo) em busca das veias cavas. Esta variedade muito pouco freqüente, aliás, é a que recebeu a denominação de "Cabeça de Medusa" (da mitologia grega).

**II — Circulação colateral tipo cava superior.** — São as afecções dos órgãos torácicos, particularmente aneurismas, câncer e mediatinites que em geral ocasionam compressões e estases no território da cava superior. Há um tipo clássico da circulação colateral cava superior, que descreveremos a seguir, ao lado de duas outras variantes, do mesmo setor: a) **FORMA SIMPLES:** Nesta modalidade, forma simples ou clássica, que é a mais habitualmente encontrada na clínica a suplência das veias tegumentares é ajudada pelas anastomoses realizadas à custa da veia ázigos. Esta, como sabemos, recolhe normalmente todo o sangue da parede torácica (grande e pequena ázigos) levando-a à cava superior. No caso em aprêço, a lesão compressiva não chega a atingir o ponto de desembocadura desta veia (croça da ázigos), ficando assestada ora acima, ora abaixo dêla. A sintomatologia consiste, então, em um entumescimento das veias do pescoço (jugulares), e daquelas localizadas nas raízes dos membros superiores e na fase anterior do tórax; não raro integram o quadro compressivo (síndrome mediastínica), algumas varicosidades na base do tórax e edema discreto com congestão do rosto (facies vultosa).

O sentido da corrente sanguínea é de cima para baixo, pois que o sangue da metade superior do corpo procura chegar à aurícula direita através da cava inferior. *b) VARIEDADE CAVA-ÁZIGOS:* Nesta forma, muito mais rara e complexa que a anterior, a compressão da veia cava é muito acentuada, a lesão que a ocasiona é bastante extensa ou se assestou justamente à altura da desembocadura da ázigos; esta deixa então de colaborar na suplência sanguínea, em vista da sua própria compressão. As ázigos, como se sabe, exercem, no estado normal, por intermédio das veias intercostais e dos plexos raquidianos, a função de grande via de derivação profunda, ao feitiço das tegumentares do tronco. Exteriorizam-se então, por tóda a extensão da parede antero-lateral do tronco, as veias tegumentares, com predominância no abdomen e a circulação colateral, é no caso, verdadeiramente "cava-cava" e o sangue escóia-se para baixo, em direção às raízes das côxas. Estabelece-se dêste modo o paradoxo: lesão no tórax e circulação suplementar assestada no abdomen. É esta curiosa variedade de circulação colateral que muitos autores descrevem como um tipo à parte, sob a denominação talvez demasiado complexa de "circulação venosa colateral cava-cava anazigótica" (em oposição ao tipo clássico que seria "cava-cava azigótica"). Dela temos observado alguns casos bastante típicos. *c) VARIEDADE SEGMENTAR OU CIRCULAÇÃO COLATERAL BRAQUI-CEFÁLICA:* Nesta variedade, o distúrbio compressivo, no território da veia cava, atinge isoladamente um dos seus setores, o tronco venoso braqui-cefálico esquerdo. Dos dois grossos troncos que se fundem para formar a cava superior, ela tem disposição anatômica muito particular, isto é, segue direção quase horizontal e em seu longo trajeto entra em íntimo contacto com o cajado aórtico. Certos aneurismas da aorta, crescendo para cima e também os da artéria inominada ou tumores outros, podem aderir ao tronco venoso braqui-cefálico esquerdo, estenosando-o e entrando o desagüe do sangue através da veia cava superior. Surge então um tipo especial de circulação colateral: veias do braço esquerdo, do pescoço e da face anterior do tórax ficam entumescidas, aparecendo também, nos casos mais adiantados, um discreto edema nas mesmas áreas. Comparou-se o aspecto do retículo venoso e do edema, assim disposto sobre o ombro, à esclavina, sobrecapa usada pelos antigos romanos e semelhante ao manto (murço ou capêlo) das antigas becas.

As vezes é muito difícil o diagnóstico de um caso onde predomina o quadro acima descrito. Um paciente que observamos apresentava uma circulação colateral braqui-cefálica muito evidente na ausência de tóda e qualquer doença torácica; era uma formação venosa de natureza congênita. Também a compressão do tronco venoso em tela, pode não motivar em absoluto uma circulação venosa típica; nota-se apenas a turgência da jugular externa do lado esquerdo, com elevação da fossa supraclavicular, cuja pele apresenta-se infiltrada de edema. É o *signal de Dorendorff*, conjunto sintomático muito encontrado em doentes com aneurisma da aorta ou aortites escleróticas com dilatação cilíndrica.

**III — Circulação colateral tipo cava inferior.** — Comporta igualmente, este tipo muito freqüente de suplência venosa, duas variedades ou sub-tipos, a saber: a forma pura ou simples e a forma mista ou combinada. a) *Circulação colateral cava-inferior simples.* É o tipo descrito geralmente como característico do comprometimento da cava inferior. Aparece nos processos de trombose inflamatória ou de compressão da veia cava-inferior e das ilíacas do ventre, nas raízes das côxas e nas faces laterais do tronco (sub-cutâneas e abdominais e longas torácicas). A direção da corrente sanguínea é de baixo para cima, e isto constitui um dos caracteres diferenciais com a circulação colateral cava-ázigos. b) *Variedade combinada ou mista (porta-cava).* Quando se combinam dois fatores de obstrução, sendo um assestado no território da veia porta e o outro no da cava-inferior, poderá apresentar-se um tipo especial e raro de circulação colateral denominada Porto-Cava. Todo o sangue vai então chegar ao coração pela cava superior, única via permeável neste caso. O sangue circulará de baixo para cima e aparecerá entumescida toda a rede venosa tegumentar, aí compreendidas as sub-cutâneas abdominais, que terão seu curso invertido.

## CLORETO DE AMÔNIO TERÁPICA

APRESENTAÇÃO E FÓRMULA: drágeas entéricas rigorosamente dosadas a 0,50 por drágea.

### INDICAÇÕES TERAPÊUTICAS:

- a) nas afecções cárdio-musculares: pela ação diurética reforça a ação dos sais mercuriais e contribue para a diminuição de edemas e derrames.
- b) nas afecções renais e urinárias: sendo acidificante da urina é poderoso auxiliar no tratamento das pielites e na dissolução de cálculos urinários constituídos de sais alcalinos.
- c) nas afecções brônquicas: como expectorante de ação enérgica.
- d) nas afecções do sistema nervoso: como adjuvante no tratamento pelos anticonvulsivantes e no síndrome de Meniere.

DOSAGEM: 6 a 12 drágeas por dia.

★

LABORATÓRIO  
**TERÁPICA PAULISTA S/A.**  
Rua Fernão Dias, 82 — São Paulo, Brasil

# AMPRAZIN

— PROMAZINA —



## Apresentação:

*Ampólas com 2 cm<sup>3</sup>.*

AMPRAZIN à 50 e 100 mgs.

*Drágeas*

AMPRAZIN à 25 e 100 mgs.

*Gólas :*

AMPRAZIN à 50 mgs.

## Indicações:

**Neurologia e psiquiatria:** Psicose com agitação, agitação maníaca, delírios agudos, esquizofrenia, toxicomanias, delirium tremens, agitação senil, insônia e algias agudas.

**Clínica geral:** Distúrbios neuro-vegetativos — Hemicranias rebeldes — Úlcera gastro-duodenal — Asma — Pruridos — Dôres cancerosas — Condições em que se manifestam vômitos: intoxicações de várias origens, gastroenterites, neoplasias, hipertensão crâniana, radioterapia.

**Obstetrícia e ginecologia:** Vômitos gravídicos — Eclampsia — Na preparação do parto e como analgésico durante o trabalho — Dismenorréias — Dôres rebeldes por neoplasias.

**Anestesia e cirurgia:** Pré-anestésico — Potencializador dos anestésicos gerais — Agitação e hipertermia post-operatória — Hibernação artificial — Dôres pré e post-operatórios.

**Pedriatria:** Vômitos dos lactentes — Tratamento sintomático dos vômitos na coqueluche — Estenose pilórica — Meningites.

**Dermatologia:** Neurodermites — Herpes-zoster.

**Oftalmologia-Otorrinolaringologia:** Nas provas diagnósticas e nas intervenções cirúrgicas (laringoscopia, broncoscopia) — Pré-anestésico e sedativo.

**Urologia:** Calculose e cistites — No preparo do paciente para o cateterismo.



## LABORATÓRIO XAVIER

Rua Tamandaré, 984 — São Paulo, Brasil

Consultores científicos: { Prof. Dr. DORIVAL DA FONSECA RIBEIRO  
Prof. Dr. GENESIO PACHECO



*Agora, tornando possível o tratamento tópico simultâneo corticosteróide-antibiótico*

## **Florinefe Composto**

*Acetato de Fluoridrocortisona com Neomicina e Gramicidina Squibb*

*pomada*

*especialmente indicado no tratamento das lesões secas e escamosas*

**SQUIBB**

*Florinefe Composto - Pomada a 0,1%. Tubos de 5 g.*

## A incisão de Henry para a cura das hérnias (\*)

DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

(Diretor do Sanatório São Lucas)

Para a discussão dos casos clínicos que costumamos fazer nas nossas reuniões de quinta-feira, escolhemos hoje um caso que pôde ser resolvido de uma maneira simples embora apresentasse vários problemas de ordem cirúrgica. Tratava-se de uma enferma portadora de hérnia ingüinal bilateral, ambas bastante volumosas, e que apresentava também uma hérnia umbilical, em cujas proximidades havia ainda outra hérnia que poderíamos denominar de hérnia paraumbilical. Além disso, sendo uma pessoa com 95 k, 500, que já tinha dado à luz a 12 filhos, apresentava a enferma uma ampla papada abdominal que a molestava bastante. Ela queixava-se de dores principalmente do lado esquerdo, onde a hérnia fazia grande volume. Era uma hipertensa, que já tinha tido pressão a 220 de máxima, com um estado circulatório bastante comprometido, queixando-se de cansaço a qualquer esforço. Portanto, além dos problemas das hérnias, apresentava o problema do risco operatório precário. No momento a sua pressão arterial era de 180 x 100 e o pulso estava a 76 por minuto; os pulmões não apresentavam anormalidade e o coração tinha bulhas normais. Fôra feito, além do diagnóstico de hérnias, o de arterioesclerose generalizada, obesidade e hipertensão arterial. Pois bem, tratava-se portanto de uma enferma com mau risco operatório que estava sofrendo conseqüências mais ou menos grandes da existência de hérnias múltiplas; havia necessidade de eliminar essas hérnias com o mínimo de trauma possível.

Procuramos resolver êsse caso fazendo uma única incisão operatória, o que se pode ver pela descrição do ato operatório que vamos resumir em seguida: Anestesia geral, feita com surital, éter e ciclopropana, associada ao flaxedil e administrada pelo dr. Roberto

(\*) Caso apresentado à reunião de 24 de outubro de 1957 do Corpo Médico do Sanatório São Lucas.

NOTA DO AUTOR: Os clichês incluídos no presente trabalho foram extraídos do original: Operación de la hernia crural segun la via propuesta por Henry (Reglado de la Técnica), "da autoria dos Drs. AUGUSTO C. CIRUZZI, EDUARDO J. F. VILLAMIL e JORGE PESSAGNO, publicado na Prensa Méd. Argent." XLIV, 104, 1957.



Deluca. Tivemos no campo operatório, como auxiliar o dr. Luiz Branco Ribeiro. Fizemos uma incisão em losango, desde o epigastrio ao pubis, circundando o umbigo, com excisão de todo o panículo adiposo compreendido entre os ramos dessa incisão, sendo de conjunto ressecado o umbigo e ficando exposta a hérnia paraumbilical que se achava logo abaixo dessa formação anatômica. Foram feitas várias ligaduras de vasos subcutâneos. Incisão entre as duas hérnias umbilical e paraumbilical, ligando os anéis herniários de maneira a fazer uma só sutura de reconstituição de parede com imbricamento das bordas em dois planos. Foi assim rapidamente resolvido o problema das hérnias umbilical e paraumbilical. Fizemos em seguida uma incisão da aponevrose da linha mediana na porção inferior da ferida operatória, caindo no espaço entre os dois grandes retos do abdomen, que foram descolados das suas faces

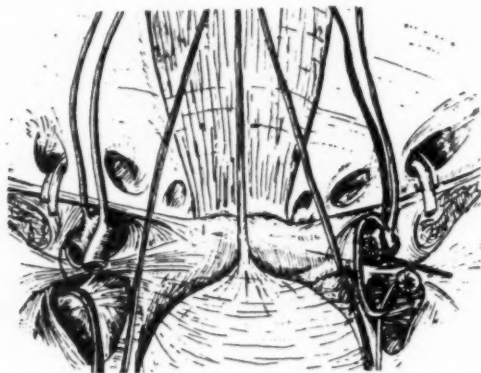


FIG. 1 — A região vista por via abdominal.

profundas, recalcando para trás e para cima os tecidos préperitoneais, de maneira a expor amplamente a face posterior do pube. Assim foi facilmente exposta a hérnia do lado esquerdo, que era a que mais molestava a enferma; atingido o anel herniário, por aí foi atraído o saco, que era profundo, sendo invertido, ligado o seu colo, ressecado e feita a manobra de Barker pela face profunda dos músculos laterais do abdomen. Em seguida foi feita facilmente uma sutura do orifício herniário por pontos separados, por via profunda. Passamos às mesmas manobras do lado oposto, lado direito, em que também não tivemos dificuldade em expor o saco, suturar por transfixão o seu colo, ressecá-lo, proceder à manobra de Barker e depois fechar com pontos separados com catgut cromado n.º 1 o orifício herniário. Em seguida nada mais fácil do que pontos separados para aproximação dos grandes músculos do abdomen e fechamento da pele com sêda e agraphes.

Com isso se resolveu o problema cirúrgico da enferma, num só lance, facilmente. Para nós, que já temos uma certa experiência dessa via de acesso aos órgãos profundos da pelve, não nos causou estranheza a facilidade com que se fez a reconstituição do canal ingüinal por via profunda neste caso. Todos os que têm acompanhado o nosso Serviço sabem que de muitos anos vimos praticando essa via de acesso para a calculose ureteral pélvica. Foi uma lição que recebemos do dr. José Barbosa de Barros, que era um excelente cirurgião, diretor da Beneficência Portuguesa de Campinas e depois diretor médico da Beneficência Portuguesa de São Paulo, onde o vimos praticar essa incisão para a calculose ureteral pélvica. Por muitas vêzes temos usado a sua incisão, que não só dá uma exposição

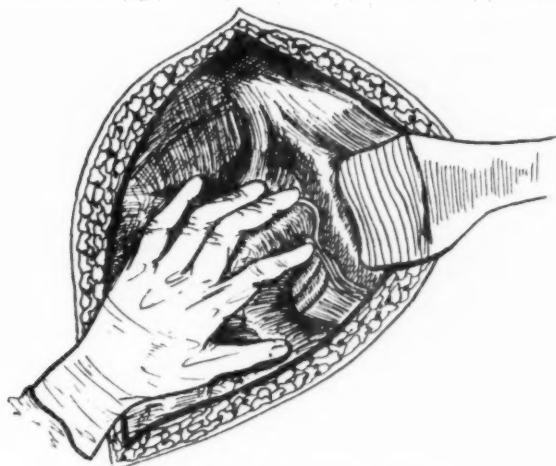


FIG. 2 — Exposição do orifício herniário.

magnífica desde a linha inominada até a bexiga para atingir cálculos incravados no segmento terminal do ureter, como também nos favorece numa excelente recomposição de parede, porque não produz eventrações e nos permite fazer uma drenagem lateral através botociera cutânea, quando conveniente um dreno provisório para a eventualidade de alguma perda de urina. Assim, não foi surpresa verificarmos a facilidade com que pudemos refazer a hérnia nesse caso. Isso, entretanto, não foi uma idéia original: essa via de acesso para o tratamento das hérnias ou mais exatamente para o tratamento da hérnia crural, foi proposta em 1936 por um cirurgião inglês, Henry Arnold, que nesse ano publicou no "Lancet" um artigo mostrando como era fácil fazer o reparo da hérnia crural, que os ingleses chamam de hérnia femural, por via profunda abdominal. Entretanto êle não aconselhava exatamente a incisão mediana: quando a hérnia se localizava em um dos lados do indivíduo, êle preco-

nizava fazer-se uma incisão paramediana interna, de maneira a também expor a borda interna do músculo do grande reto do abdomen afastá-lo para fora, a fim de chegar até o sítio onde se ia proceder ao ato principal da cirurgia. Nos casos de hérnia bilateral, entretanto, ele aconselhava a incisão mediana, dizendo que ela permitia amplo acesso aos dois lados. As idéias de Henry Arnold foram logo divulgadas na Inglaterra e o tratado de cirurgia abdominal de Maingot, na sua edição de 1948, já faz a apologia dessa via de acesso. Posteriormente, a via de acesso de Henry passou da Inglaterra para os Estados Unidos e ali se publicou em 1953, nos "Annals of Surgery" de janeiro, um trabalho de Harry Hult e Joseph Gancy, de Baltimore, no qual esses autores fazem a apologia da via de acesso de

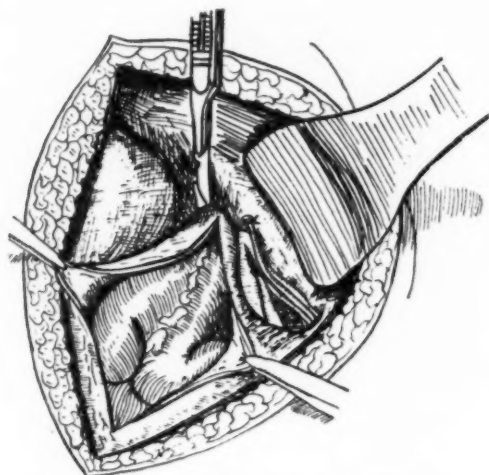


FIG. 3 — Libertação dos elementos herniados pela secção do ligamento de Gimbernat.

Henry Arnold para as hérnias crurais. Este ano, em fevereiro, quando estivemos na cidade de Seattle, conforme tivemos aqui ocasião de referir, foi-nos dada a oportunidade de assistir a uma intervenção também em senhora, para reparo de uma hérnia, desta vez hérnia ingüinal direita, servindo-se o cirurgião dessa via de acesso. Isso mostra que ela está sendo divulgada e é realmente uma boa via de acesso, conforme verificamos neste caso hoje aqui relatado. É justo que se dê publicidade a boas táticas da cirurgia como essa, porque elas são sem dúvida de grande utilidade e podem, como no caso presente, favorecer o ato cirúrgico, permitindo resolver de uma só bisturizada vários problemas de cirurgia.

O caso que assistimos nos Estados Unidos era um caso comum, não havendo qualquer outro problema associado. Fêz-se a incisão

apenas para operar a hérnia, mas aqui, no caso ora apresentado, usamos a via de Henry com a idéia de aproveitar a mesma incisão para fazer lipectomia, fazer a redução das hérnias umbilicais e a das hérnias ingüinais.

Como se pensou inicialmente, essa via tem mais indicação para a hérnia crural, porque na hérnia crural não está envolvida a questão do cordão espermático. É uma hérnia que se produz fora dos elementos do cordão, é muito raro que ela seja uma hérnia de bexiga, uma hérnia de intestino ou uma hérnia de elementos espermáticos, de sorte que aí há facilidade em se fazer a dissecação do saco.

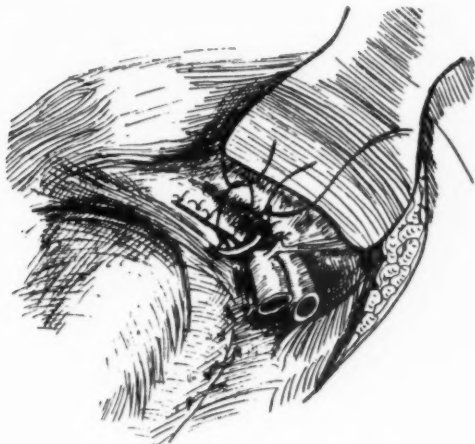


FIG. 4 — Sutura do orifício herniário.

Os que trabalham aqui no Sanatório São Lucas estão habituados a ver que o nosso processo de tratamento da hérnia crural tem sido o de converter a hérnia crural em hérnia ingüinal. Fazemos uma incisão para a hérnia ingüinal, depois descolamos o saco por baixo da arcada crural e em seguida procuramos fazer passar todo o saco com o seu conteúdo para o abdomen e aí então seccionamos o saco ao nível do seu colo, fazendo a manobra de Barker e fechando por via alta o anel herniário. Temos a preocupação de fazer não só o fechamento do anel herniário pela parte alta, procurando suturar a arcada crural ao ligamento de Cooper e pegando mesmo do lado interno o ligamento de Gimbernat, mas também procurando dar alguns pontos de aproximação dos tecidos da região crural, onde fica aquêle vazio ocupado anteriormente pelo saco herniário a fim de que também se processe ali um pouco de fibrose, reforçando o fechamento do anel herniário de maneira a não se produzir recidiva da hérnia. Temos em mente que até hoje não vimos nenhum caso de recidiva de hérnia crural tratada por êsse processo.

Apenas vimos uma recidiva de hérnia crural num indivíduo que operamos de urgência na Beneficência Portuguesa. Tratava-se de um amigo de um colega nosso que apresentava uma hérnia estrangulada e no qual não se pôde fazer previamente o diagnóstico exato de sede. Quando nos apercebemos já tínhamos seccionado a arcada de Poupart pois se tratava de uma hérnia crural e tínhamos recebido o caso como se fôra de uma hérnia ingüinal. Era um indivíduo bastante gordo, no qual não se pôde chegar a um diagnóstico exato pré operatório pelas condições de urgência e de dor que o paciente apresentava no ato do exame. Nesse caso, como foi seccionada a arcada crural, a recomposição não foi satisfatória, tanto que algum tempo depois verificamos uma recidiva da hérnia. É êsse o único caso de hérnia crural em que vimos recidiva; em todos os demais que temos tratado pela transformação da hérnia crural em hérnia ingüinal nunca tivemos o desprazer de verificar uma recidiva. Pela via de acesso que hoje aqui focalizamos, como o orifício crural é limitado para cima pela arcada, para baixo pelo ligamento de Cooper, para dentro pelo ligamento de Gimbernat e por fora pela veia femural e. é um orifício que fica completamente exposto, é muito fácil vermos todos êsses elementos anatômicos e podermos então, com uma agulha curva e pequena, fazer a passagem dos pontos de maneira a fechar completamente o orifício, o que nem sempre é possível quando se trabalha por via ingüinal pela incisão normal que usamos para o tratamento da hérnia. Por isso acreditamos que na hérnia crural essa via de acesso tem indicação bem mais precisa, como acentua o seu autor. Mas na hérnia ingüinal também se poderá usá-la, como fizemos agora, principalmente em se tratando de mulher, porque então não temos as dificuldades com a identificação dos elementos nobres do cordão espermático. Mas mesmo no homem é possível por essa via separar perfeitamente bem o cordão, os seus vasos e nervos e então tratar o caso, fixá-lo acima à maneira de Barker e recompor o canal com pontos separados aproximando os elementos profundos. Entretanto, acreditamos que a indicação mais precisa dêsse tipo de incisão cirúrgica é mesmo a da hérnia crural.

## ESTUDOS CIRÚRGICOS

6 volumes

*Dr. EURICO BRANCO RIBEIRO*

## Anais Paulistas de Medicina e Cirurgia

### TABELA DE PREÇOS DE ANÚNCIOS

	Cr\$
Capa externa (12×19 cm) por vez .....	4.000,00
Capa interna (12×19 cm) por vez .....	3.500,00
1 página (12×19 cm) por vez .....	3.000,00
1½ página (9×12 cm) por vez .....	1.600,00
1¼ página (9×5,5 cm) por vez .....	900,00
Encarte por vez .....	2.500,00

## LIO PREFISOL

### EXTRATO DA HIPÓFISE ANTERIOR LIOFILIZADO

Contém os hormônios elaborados pelo lobo anterior da glândula hipofisária bovina em forma liofilizada.

- \* Desenvolvimento somático retardado
- \* Distrofia adiposo-genital
- \* Hipogenitalismo masculino da idade pré-puberal
- \* Magreza hipofisária
- \* Pan-hipopituitarismo
- \* Caquexia hipofisária

APRESENTAÇÃO: Frasco-ampôla com 60 U.P.



**OPOTERÁPICA NESPA S/A.**

Rua França Pinto, 616/628 — Tels. 7-6902/7-1804

SÃO PAULO, BRASIL

**DR. SYLVIO COSTA BOOCK**

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

RUA BRAULIO GOMES, 25 - 4.º Andar — TELEFONES 4-7744 e 8-5445

Apenas vimos uma recidiva de hérnia crural num indivíduo que operamos de urgência na Beneficência Portuguesa. Tratava-se de um amigo de um colega nosso que apresentava uma hérnia estrangulada e no qual não se pôde fazer previamente o diagnóstico exato de sede. Quando nos apercebemos já tínhamos seccionado a arcada de Poupart pois se tratava de uma hérnia crural e tínhamos recebido o caso como se lóra de uma hérnia ingüinal. Era um individuo bastante gordo, no qual não se pôde chegar a um diagnóstico exato pré operatório pelas condições de urgência e de dor que o paciente apresentava no ato do exame. Nesse caso, como foi seccionada a arcada crural, a recomposição não foi satisfatória, tanto que algum tempo depois verificamos uma recidiva da hérnia. É esse o único caso de hérnia crural em que vimos recidiva; em todos os demais que temos tratado pela transformação da hérnia crural em hérnia ingüinal nunca tivemos o desprazer de verificar uma recidiva. Pela via de acesso que hoje aqui focalizamos, como o orifício crural é limitado para cima pela arcada, para baixo pelo ligamento de Cooper, para dentro pelo ligamento de Gimbernat e por fora pela veia femural e. é um orifício que fica completamente exposto, é muito fácil vermos todos esses elementos anatômicos e podermos então, com uma agulha curva e pequena, fazer a passagem dos pontos de maneira a fechar completamente o orifício, o que nem sempre é possível quando se trabalha por via ingüinal pela incisão normal que usamos para o tratamento da hérnia. Por isso acreditamos que na hérnia crural essa via de acesso tem indicação bem mais precisa, como acentua o seu autor. Mas na hérnia ingüinal também se poderá usá-la, como fizemos agora, principalmente em se tratando de mulher, porque então não temos as dificuldades com a identificação dos elementos nobres do cordão espermático. Mas mesmo no homem é possível por essa via separar perfeitamente bem o cordão, os seus vasos e nervos e então tratar o caso, fixá-lo acima à maneira de Barker e recompor o canal com pontos separados aproximando os elementos profundos. Entretanto, acreditamos que a indicação mais precisa desse tipo de incisão cirúrgica é mesmo a da hérnia crural.

## ESTUDOS CIRÚRGICOS

6 volumes

*Dr. EURICO BRANCO RIBEIRO*



## Anais Paulistas de Medicina e Cirurgia

### TABELA DE PREÇOS DE ANÚNCIOS

	Cr\$
Capa externa (12×19 cm) por vez .....	4.000,00
Capa interna (12×19 cm) por vez .....	3.500,00
1 página (12×19 cm) por vez .....	3.000,00
1½ página (9×12 cm) por vez .....	1.600,00
1¼ página (9×5,5 cm) por vez .....	900,00
Encarte por vez .....	2.500,00

## LIO PREFISOL

### EXTRATO DA HIPÓFISE ANTERIOR LIOFILIZADO

Contém os hormônios elaborados pelo lobo anterior da glândula hipofisária bovina em forma liofilizada.

- \* Desenvolvimento somático retardado
- \* Distrofia adiposo-genital
- \* Hipogenitalismo masculino da idade pré-puberal
- \* Magreza hipofisária
- \* Pan-hipopituitarismo
- \* Caquexia hipofisária

APRESENTAÇÃO: Frasco-ampôla com 60 U.P.



### OPOTERÁPICA NESPA S/A.

Rua França Pinto, 616/628 — Tels. 7-0902/7-1804

SÃO PAULO, BRASIL

## DR. SYLVIO COSTA BOOCK

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

RUA BRAÚLIO GOMES, 25 - 4.º Andar — TELEFONES 4-7744 e 8-5445

Se em 1941,  
a "equipe de Oxford"...

tivesse produzido uma penicilina  
ativa por via oral, reservar-se-ia o  
uso da penicilina por via paren-  
teral aos mesmos casos raros das  
tetraciclina injetáveis...

A administração de penicilina por  
via oral é mais prática, mais co-  
moda e não oferece os perigos das  
injeções de penicilina particular-  
mente os da penicilina procaina...

Mas, administrada por via oral, a  
penicilina precisa resistir à acidez  
gástrica e à penicilinase intestinal.  
Em suma, a penicilina deve alcan-  
çar níveis sanguíneos elevados e  
prolongados. Estes requisitos são  
encontrados no

**STEGGILIN,**

que resolveu, enfim, o problema  
da penicilino-terapia oral.

*Amstras e Literaturas*

**LABORATÓRIO SINTÉTICO LTDA.**

Rua Tamandaré, 777 — São Paulo.

Fone: 31-3971

São Paulo Editora S/A. imprimiu.